

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1936 — N° 26

La Tuberculose de l'Ischion

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1936

par

COR ELOI

NÉ LE 4 OCTOBRE 1910 A AURILLAC (Cantal)

JURY

MM. LOMBARD, Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Président.
LAFFONT, Professeur de Clinique obstétricale et de Puériculture du premier âge.....	Juges
DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie)	
FERRARI, Agrégé (Chirurgie)	

La Tuberculose de l'Ischion

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1936

par

COR ELOI

NÉ LE 4 OCTOBRE 1910 A AURILLAC (Cantal)

JURY

MM. LOMBARD , Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Président.
LAFFONT , Professeur de Clinique obstétricale et de Puériculture du premier âge.....	} Juges
DUBOUCHER , Agrégé (Chirurgie)	
FERRARI , Agrégé (Chirurgie)	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN.	{	MM. LEBLANC (F. F. I. F)
DOYEN HONORAIRE.		HERAIL (F. I. F)
ASSESEUR.		PINOY (F. I. F)

PROFESSEURS

Clinique médicale	AUBRY (O. F. F. I. F)
Clinique gynécologique	CABANES (F. F. I. F)
Clinique chirurgicale.	COSTANTINI (*. F. I. F)
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. F. O. O. *)
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. F)
Médecine légale	GIRAUD (O. F. F. I. F)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge.	LAFFONT (F. F. I. F)
Anatomie.	LEBLANC (F. F. I. F)
Thérapeutique	LEBON (F. F. A. F)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.	LOMBARD (*. F. I. F)
Chimie biologique et médicale	N...
Pharmacie.	MUSSO (*. I. F)
Microbiologie et cryptogamie.	PINOY (*. I. F)
Clinique psychiatrique	POROT (I. F)
Physique médicale	PORTES (F. F. I. F)
Anatomie pathologique.	POUJOL (F. I. F)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (F. F. I. F)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (F. I. F)
Physiologie	TOURNADE (O. F. F. I. F)
Histologie et Embryologie.	N...
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. F)
Clinique ophtalmologique.	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie	WEBER (F. F. I. F)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (*. F. A. F) Agrégé.	Histologie.
------------------------------------	-------------

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (F. F. I. F)	HERAIL (F. I. F)
---------------------	------------------

CHARGÉS DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MM. ABOULKER (F. F. A. F)
---	---------------------------

AGRÉGÉS

Médecine	{	BENHAMOU (*. F. A. F)
Histologie		LACROIX (A. F)
Chirurgie	{	COURRIER (*. F. A. F)
Obstétrique		DUBOUCHER (I. F)
Anatomie pathologique		FERRARI (I. F)
Anatomie		MOGGI (*. A. F)
Chimie médicale.		HOUEL (*. F. A. F)
Histoire naturelle pharmaceutique		MONTPELLIER (I. F)
Physiologie		RIBET (F. A. F)
		N...
		N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie	BATTEZ.
-------------------	---------

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DÉDIE CETTE THÈSE

A MES PARENTS

*Auxquels je dois tout. Faible
gage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance infinie.*

A MON FRÈRE

A MES SŒURS



A MES TANTES

*Qui ont toujours été pour moi
des mères dévouées.*

A TOUS LES MIENS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOMBARD

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile
et d'Orthopédie*

Vous avez bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Vos brillantes causeries au chevet du malade, vos belles leçons cliniques nous ont beaucoup appris.

Agréez mes sentiments respectueux et reconnaissants.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFFONT

*Professeur de Clinique obstétricale
et de Puériculture du premier âge*

En m'offrant une bienveillante hospitalité dans votre beau service de la Maternité, vous m'avez permis de tirer un large profit de vos leçons d'une haute portée médicale et sociale. Je vous remercie de l'intérêt que vous n'avez cessé de me témoigner et je vous prie de croire à mes sentiments de profonde reconnaissance et de respectueuse admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FERRARI

Vos cours de médecine opératoire et d'anatomie sont pour moi un modèle de clarté et de précision. A diverses reprises, vous m'avez apporté une aide précieuse. Je vous dois une profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÈGE DUBOUCHER

Votre service a été le berceau de ce modeste travail. A l'hôpital, à la Faculté, j'ai bénéficié de votre remarquable enseignement. Vous voulez bien me juger aujourd'hui. Permettez-moi de vous exprimer toute ma reconnaissance.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

A MES MAITRES A L'HOPITAL

AU DOCTEUR LAGROT

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et éclairé de ses pré-
cieux conseils. En hommage de
mon admiration et de ma vive
sympathie.*

A MES AMIS

ET CONFERENCIERS D'INTERNAT

LE DOCTEUR MAIRE

LE DOCTEUR MEGNIN

LE DOCTEUR FOURES

A MES CAMARADES ET AMIS DE PROMOTION

A TOUS MES AMIS

La Tuberculose de l'Ischion

Introduction

Malgré que l'attention des chirurgiens de la tuberculose osseuse vienne d'être attirée ces dernières années sur les ostéites extra-articulaires — et, le rapport d'ANDRIEU, en 1929, en reste la brillante manifestation — de toutes ces ostéites, c'est encore celle de l'Ischion qui reste la moins étudiée. Est-ce à dire que sa rareté a été la cause de cet oubli ? Non pas, car, malgré les ressources bibliographiques minimales dont nous avons disposé, nous en avons facilement relevé une vingtaine de cas, et nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé la liste des observations publiées. Surtout une heureuse série vient de nous permettre d'étudier personnellement trois cas inédits que nous rapportons plus loin. Ces observations, jointes à celles que nous avons recueillies dans la littérature, nous révèlent que la tuberculose de l'Ischion ne se présente pas, quant à ses symptômes, comme une ostéite diaphysaire quelconque. Cette lésion, du fait de la situation de l'Ischion dans un centre topographique, au carrefour de groupes musculaires et de paquets vasculonerveux divergeant, d'une part vers la fosse ischiorectale, vers la fesse et la région postérieure de la cuisse d'autre part, et en troisième lieu enfin vers la région

crurale interne, se traduit par une riche symptomatologie d'emprunt due au contact de ces régions et des organes y contenus.

Nous en avons analysé avec précision les différents éléments et dans cet ensemble symptomatique, nous nous sommes efforcés d'individualiser des formes anatomocliniques. De ceci, nous avons cherché à faire le chapitre original de notre travail.

Observations



OBSERVATION I

(Docteur LAGROT)

Le 4 octobre 1934, le jeune P. Maz..., âgé de 7 ans, nous est amené pour coxalgie.

Son histoire remonte à un mois. En septembre 1934, cet enfant jusque là bien portant, au teint rosé et clair, s'est mis brusquement à présenter quelques accès fébriles avec inappétence, léger amaigrissement et modification du teint. Celui-ci est devenu jaune gris. Dès ce moment, les parents ont remarqué que leur enfant avait changé sa façon de courir et qu'il sautait en portant son effort toujours sur la même jambe. Il semblait délaissier ses jeunes camarades pour rester auprès de sa mère. Souvent, il se faisait porter pour monter les trois étages de sa maison. Un jour, alors qu'il était assis jouant sur un tapis, il lui fut impossible de se lever.

Les parents, justement inquiets, nous l'amènent en consultation.

A l'examen, l'enfant se présente avec une attitude hanchée ; la jambe droite est amaigrie, la fesse droite a perdu de sa tonicité, elle est flasque, le pli fessier est abaissé. Nous percevons un empâtement profond au niveau de la tubérosité ischiatique, pas de fluctuation. Un point douloureux localisé à la

pression de l'Ischion. Les mouvements de la hanche sont limités. La flexion est douloureuse. L'abduction réduite fait percevoir les adducteurs qui se tendent comme une corde. Adénopathie iliaque.

La radio (Rad.I-a) montre une zone d'ostéite destructive intéressant la tubérosité, une petite portion de la branche descendante de l'ischion. Le diagnostic d'ostéite tuberculeuse est posé.

L'état général est relativement bon, pas de température, pas de lésions pulmonaires.

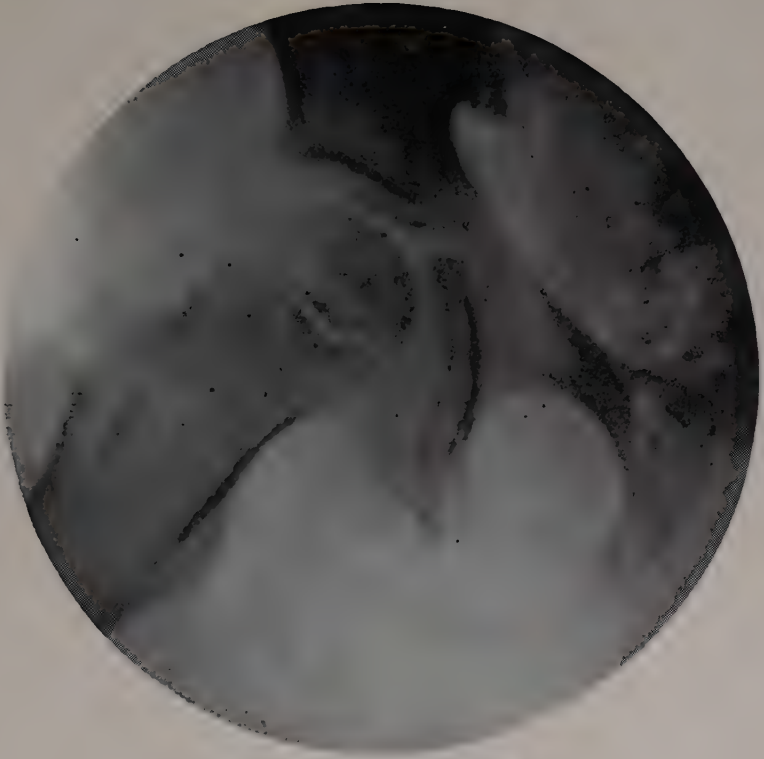
Le 19 octobre 1934 : intervention. Incision dans le pli génito-crural jusqu'au pli fessier. On arrive assez difficilement sur l'ischion. A ce moment, une issue brusque de pus se fait. On évacue un abcès assez abondant. On aperçoit le sciaticque au fond de la plaie. L'Ischion apparaît sous forme d'une grosse masse cartilagineuse. Cette coque cartilagineuse de l'ischion que nous cherchons à respecter, constitue une autre difficulté opératoire. Nous curettons le noyau osseux central. Suture plan par plan sans drainage.

Suites opératoires : simples d'abord. L'examen du pus décèle la présence de *bacilles très nombreux à l'examen direct*. Le quinzième jour, désunion spontanée de la plaie opératoire avec suintement. Une suppuration froide assez abondante s'établit pendant quelques jours puis se tarit. La plaie est exposée au soleil chaque jour. En mai 1935, par la plaie encore légèrement ouverte, un petit séquestre a été éliminé. La plaie s'est fermée aussitôt après. Le 15 juin 1935, la cicatrisation était complète. Une



Observation I

Radiographie la faite avant l'intervention.





radiographie faite sur notre demande en mai 1936 montre un remaniement complet de la lésion et la présence d'ostéophytes (Rad.I-b).

OBSERVATION II

(Docteur LAGROT)

M.M..., 19 ans, vient consulter pour une fistule au niveau de la face interne de la cuisse droite.

Il y a un an environ, le malade ressentit au cours d'une partie de foot-ball, une douleur violente au niveau de la face interne de la cuisse. Cette douleur est intermittente, augmentée par la fatigue, la marche. Elle s'étend jusqu'à la face interne du genou droit.

En octobre 1934, le malade constate une tuméfaction au niveau de la face interne de la cuisse. Cette tuméfaction, d'abord indolente, molle, devient rouge, tendue, douloureuse. Elle est alors incisée par un médecin de la ville. Il se forme une fistule qui tarde à se cicatriser. Le malade vient alors nous consulter le 15 janvier 1935.

A l'examen, nous constatons à l'extrémité supérieure de la cuisse, au niveau de la face interne, une fistule à bords décollés, violacés, par où s'écoule une sérosité sale. Légère atrophie musculaire ; em-

pâtement de la région ischiatique et point douloureux à ce niveau. Des mouvements de la hanche, seule l'abduction est limitée. Ce mouvement provoque un écoulement par la fistule. Au toucher rectal, on perçoit une tuméfaction douloureuse au niveau de l'Ischion droit — la pression à ce niveau fait sourdre du pus par la fistule.

La Radiographie (Radio II) nous montre :

1° au niveau de l'Ischion droit, une image d'ostéite destructive s'étendant sur environ 5 centimètres en plein sur la tubérosité de l'ischion.

2° la partie moyenne de la branche ischiopubienne semble normale.

3° L'extrémité pubienne de la branche ischio-pubienne paraît également atteinte par un processus d'ostéite destructive juste au-dessous du canal obturateur.

On distingue même sur le film dans les parties molles, des images de fongosités en rapport avec la fistule que présente le malade.

L'état général est excellent. Aucun symptôme clinique ou radiologique d'atteinte pulmonaire. Intervention le 20 janvier 1935, après désinfection de la fistule.

Incision en équerre : d'abord longitudinale, le long du bord interne de l'ulcération (en arrière du grand adducteur) cette incision, avivée au pli génito-crural se recourbe à angle droit et suit ce pli sur 8 centimètres environ. Les insertions des muscles ischio-jambiers sont découvertes ; on aperçoit



Observation II
Radiographie II, faite avant l'intervention.

très nettement toute la tubérosité ischiatique. Curetage de cette tubérosité, fongosités et nombreux séquestres. Suture plan par plan, sans drainage. Suites opératoires excellentes. Guérison trois mois après l'intervention.

N. B. — Dans ce cas, l'inoculation au cobaye a donné une tuberculisation de cet animal.

OBSERVATION III

(Docteur LAGROT)

Az... H..., mauresque de 35 ans. Entre salle Bonnet (Service de M. le Professeur Agrégé DUBOUCHER) le 20 janvier 1935 pour fistule de la région inguino-crurale droite.

Quelques jours auparavant une tuméfaction rouge — chaude — lancinante était apparue à la face interne de la racine de la cuisse droite ; et cette tuméfaction d'allure phlegmoneuse avait dû être incisée à la garde.

Nous voyons la malade le 20 janvier 1935 avec une plaie arrondie, ulcéreuse, à bords décollés, donnant issue à du pus abondant, bien lié, d'aspect tuberculeux. L'examen révèle un empâtement du pli inguino-crural, empâtement plus marqué au niveau de l'Ischion,

Au toucher rectal, on perçoit un empâtement douloureux de l'Ischion et la pression à bout de doigt fait sourdre par la fistule une légère quantité de pus. La fosse ischio-rectale est empâtée sur la paroi obturatrice. En avant, la branche ischio-pubienne est normale et non douloureuse.

Les mouvements passifs de la hanche sont limités par de la contracture ; les mouvements d'abduction en particulier sont peu étendus et douloureux. Il n'y a pas d'empâtement articulaire, ni antérieur, ni postérieur. On note de petits ganglions inguinaux. Pas de propagation douloureuse, ni en avant dans le domaine du nerf honteux interne, ni en arrière dans le domaine du sciatique.

La Radio (f.Rad.) montre :

- 1° un plan, une décalcification de l'ischion avec image de destruction mal limitée.
- 2° au niveau de l'articulation coxofémorale droite, il semble exister un pincement articulaire inférieur sans image de destruction.

L'état général est assez mauvais.

L'intervention est pratiquée. Anesthésie générale. Position gynécologique.

Un stylet introduit dans la fistule remonte directement sur l'Ischion dénudé.

Le Docteur LAGROT fait une incision en ligne courbe. D'abord longitudinale, le long du bord interne de l'ulcération, cette incision, arrivée au pli inguino-crural se recourbe et suit le pli inguino-crural

jusqu'à l'ischion. L'incision se prolonge au delà de l'ischion vers la fesse.

On rugine l'ischion et la partie postérieure de la branche ischio-pubienne — la face externe et surtout la face interne. La tubérosité ischiatique présente une lésion bien limitée, de la dimension d'une pièce de deux francs. Sa surface n'est en apparence pas détruite mais très dure et très sèche, perforée de tous petits pertuis secs.

Toute cette surface est de couleur marron (nécrose sèche). Pas de ramollissement, pas de sillon entre ce séquestre et l'os sain. On tente de le curetter : la curette ne pénètre pas. On insinue alors le bord de la curette à la limite de la lésion et le séquestre se décolle tout d'un coup en bloc et saute. Il est du volume d'une noix. Sa portion profonde est jaunâtre, compacte (mie de pain sèche). Dans la cavité qui en résulte, pas de suintement purulent. A l'entour, on curette les parois de cette cavité et l'on est aussitôt sur un os compact et sain. En somme, lésion très limitée à la tubérosité.

Toilette des parties molles. Curage de fongosités sur la face interne et externe (peu abondantes) ; curage et mise à plat d'une fistule borgne qui s'insinue entre le droit interne et le moyen adducteur.

Pansements à plat iodoformés. Les jour suivants : Rayons U.V. précédés d'injection intraveineuse de calcium. La malade est gardée quarante-cinq jours dans le service et part avec une plaie complètement cicatrisée,

Le 20 avril 1936, nous retrouvons notre malade à la salle Bichat, dans le service de M. le Professeur agrégé FERRARI, où elle est entrée pour fistule de la région fessière.

Depuis quatre mois (janvier 1936), la malade constate un léger suintement au niveau de sa cicatrice opératoire, avec douleur localisée, surtout provoquée par la position assise. Depuis la même époque fatigue générale, fièvre, et toux de temps en temps.

Au niveau de la fesse droite, on constate deux orifices à bords violacés, décollés, situés aux extrémités d'une cicatrice courbe à concavité postéro-externe. La pression peu douloureuse fait sourdre une petite quantité de pus. On sent un empâtement profond de la région. Abaissement du pli fessier, attitude hanchée. Les mouvements de la hanche ne sont pas tous normaux. En particulier, l'abduction est limitée et douloureuse, de même que la flexion de la cuisse sur le bassin.

Au toucher rectal, empâtement douloureux de la tubérosité. L'examen du pus n'a pas révélé de bacilles de Koch à l'examen direct.

La radiographie, comparée avec celle prise l'année précédente, montre la formation d'ostéophytes au niveau de la tubérosité et une zone de décalcification au niveau de la branche ascendante de l'ischion, l'articulation de la hanche n'est pas atteinte.

L'état général de la malade n'est pas trop mauvais. Elle est amaigrie. Sa température oscille entre 37° et 37°4.

A l'examen pulmonaire, on note une respiration rude, une submatité au sommet gauche, pas de bacilles dans les crachats. Une radiographie montre un peu de tramite dans le poumon droit. On relève dans le sommet gauche l'image d'une caverne. La lésion pulmonaire suffit à affirmer le diagnostic de tuberculose.

La réaction de Bordet Wassermann est négative. La malade est opérée le 7 avril 1936. On pratique une incision courbe à concavité interne, passant par les deux fistules :

— La première fistule à direction antérieure est entourée de tissu lardacé. Elle est superficielle par rapport aux muscles de la cuisse. On fait l'ablation entière de cette fistule.

— La deuxième fistule est à direction postérieure.

L'exploration au stylet n'amène pas directement sur l'os, mais sa dissection conduit sur la tubérosité ischiatique. A ce niveau clapier avec fongosités, curettage.

L'exploration amène sur un autre foyer plus profond situé en arrière de la tubérosité. A ce niveau, décollement des parties molles. Il y a un trajet de quatre centimètres environ qui suit la branche ascendante de l'ischion. L'os est gratté à la curette tranchante. On retire quelques fongosités. On fait un nettoyage du foyer : ablation large de tissu lardacé. La plaie est laissée largement ouverte.

L'examen anatomo-pathologique, pratiqué sur des débris osseux et sur le trajet fistuleux cutané

nous a donné les résultats suivants : trabécules en grande partie nécrosées, moelle soit fibreuse, soit infiltrée d'une quantité anormale de polynucléaires. Quelques cellules géantes du type Langhans.

Après l'intervention, la malade a présenté une courbe de température à grandes oscillations.

Elle a été dirigée dans un service de tuberculeux, de là son état s'améliorant, elle fut conduite à Douéra pour y suivre le traitement général appliqué aux tuberculeux osseux. Elle n'est pas encore guérie.

OBSERVATION IV

Ostéite tuberculeuse de l'Ischion gauche.

GANT. In *The Lancet*, 1.859, p. 461 (Résumé)

Michaël C..., âgé de 20 ans, souffreteux et cachectique, commença il y a un an environ, à ressentir une douleur fixe et continue à l'endroit de la tubérosité gauche de l'ischion. Simultanément, il aperçut une tuméfaction, du volume d'un œuf de poule, à la partie supérieure et postérieure de la cuisse. La douleur s'irradie ensuite dans la direction du grand nerf sciatique.

M. GANT retira 8 onces de pus de la fosse ischio-rectale gauche. En introduisant le doigt dans le reç-

tum, un point douloureux fut constaté à peu près à 2 pouces et demi au-dessus de l'anus. Un cul-de-sac fut découvert dans la direction de l'urètre vers le bulbe et on l'ouvrit. Un troisième cul-de-sac fut trouvé, entourant la tubérosité de l'ischion gauche. On sentit au stylet l'os malade. On suspendit l'opération pour ne pas fatiguer le patient.

Les incisions faites guérèrent rapidement, mais le cul-de-sac ne se ferma pas. M. GANT l'ouvrit à nouveau par une incision de 10 centimètres environ et on trouva la tubérosité de l'ischion et une grande partie de la branche ischio-pubienne nécrosées. Les parties malades furent soigneusement enlevées. On trouvait sous le doigt le nerf sciatique. La plaie se combla graduellement et forma une cicatrice solide.

L'état général du malade se releva et il fut renvoyé de l'hôpital le 11 octobre.

OBSERVATION V

Nécrose de la tubérosité ischiatique gauche

WILLIAM ROSE. In *British Med. Journal*, 1.881

C... J... Une jeune fille de 7 ans fut admise le 29 mars 1881. Elle marchait en boitant et voici son histoire que nous raconta sa mère.

Depuis deux ans environ, après s'être couchée

quelques instants dans des draps humides, elle ressentit une telle douleur dans la cuisse gauche et la jambe gauche, qu'elle fut obligée de rester au lit. On traita ce mal comme s'il s'agissait de rhumatisme : mais, après un certain temps, il se forma, à la partie postérieure de la cuisse gauche, un abcès qui s'ouvrit à l'extérieur et qui, depuis, suppura. L'enfant fut grandement améliorée par l'ouverture de l'abcès et put marcher et courir avec un peu de boiterie et une légère douleur. A l'examen, on vit que l'abcès avait trois trajets à la partie postérieure de la cuisse ; et, avec le stylet, l'existence d'une carie et d'un sequestre au niveau de la tubérosité ischiatique ne laissa pas de doute.

Sous chloroforme, le 6 avril, M. ROSE agrandit un des trajets et retira avec un davier un sequestre qu'il reconnut être la tubérosité gauche de l'ischion. Il examina ensuite la cavité soigneusement avec le doigt. Toute la cavité était pleine de fongosités et on ne trouva plus de parties osseuses malades. Il y avait eu une destruction assez étendue des parties molles autour de la tubérosité. Le sequestre était complètement séparé du reste de l'os et était repoussé vers la peau par les fongosités profondes.

La plaie guérit assez vite, les trajets se fermèrent en peu de temps et la malade quitta l'hôpital en ayant retrouvé ses mouvements.

OBSERVATION VI

Ostéite tuberculeuse de l'ischion droit

(LANCE, 1901, Résumé)

Rosa Cr..., fillette âgée de 5 ans, entre à l'hôpital maritime le 13 mai 1897.

Une fistule ouverte à la partie moyenne du pli fessier du côté droit donne issue à une suppuration abondante. Aspect bourgeonnant et teinte blanchâtre de ces fongosités. Procédant par élimination pour déterminer le siège de l'affection osseuse supposé, on constate l'absence de Mal de Pott lombaire.

La hanche est intacte. Les mouvements sont entièrement libres dans une grande étendue. L'abduction en particulier est complète. La limitation légère de l'extension et de la flexion est expliquée d'une manière satisfaisante par la présence d'une fistule fessière.

Le grand trochanter, de volume normal, entouré de parties molles à l'état sain, sans traces d'infiltration, occupe son niveau habituel, relativement à la ligne de Nélaton Roser. Manifestement, la fistule ne provient pas de l'articulation coxo-fémorale. La fistule ne provient pas non plus du grand trochanter.

On conclut que l'altération osseuse siège sur un point du bassin, plus probablement sur l'ischion. Au niveau de cet os, la fesse offre une masse dure profonde, produite selon toute apparence par l'épais-

sissement du périoste et des parties molles adjacentes. La sonde cannelée, introduite dans la fistule, ne parvient pas sur un os dénudé.

L'absence de douleur et de gonflement extérieur dans la région du sacrum, dans celle de la branche ischio-pubienne, l'absence de signes de gonflement, indiquée par le toucher rectal, au devant du sacrum, confirment l'intégrité de cet os.

En somme, diagnostic probable : ostéite tuberculeuse de l'ischion.

2 Août 1897. — Incision du trajet fistuleux. On est conduit sur la face postérieure de l'ischion. Là, après un coude, la fistule s'enfonce de dehors en dedans, la sonde cannelée touche un sequestre mobile.

Ce sequestre est enlevé, sa loge est traitée par le curettage. Une couche de cartilage la limite de toutes parts, fait qui démontre la destruction complète de l'ischion. Ce sequestre qui offre le volume du pouce, en représente la plus grande quantité. Il comprend des parties blanches, dures, dépourvues de vaisseaux, et des parties rosées, vasculaires, infiltrées de fongosités. Après incision d'une portion de l'enveloppe cartilagineuse de l'ischion, afin de ménager une large ouverture vers l'extérieur, après un curettage de toute l'étendue du trajet, la plaie est remplie de gaze iodoformée. Le pansement est renouvelé chaque semaine.

9 avril 1898 : guérison complète.

OBSERVATION VII

Ostéite tuberculeuse de l'ischion gauche

(LANCE. Résumé)

Louise D..., âgée de 10 ans, entre en juillet 1900 au Sanatorium Parmentier, à Berck. L'affection a débuté en mai 1900 par une douleur très vive immobilisant la hanche gauche ; l'enfant ne peut marcher. La douleur se calme après un mois. L'enfant marche avec une claudication très légère, mais elle se fatigue très rapidement. Le diagnostic de coxalgie est porté : la malade arrive à Berck en juillet 1900 avec un plâtre de coxalgie. On enlève le plâtre, on constate la présence d'une fistule située à droite du pli interfessieux et au-dessus de lui, vers le bord extérieur de l'aileron droit du sacrum. On refait trois plâtres successifs jusqu'en novembre 1900. A ce moment marche impossible, douleurs vives, l'enfant s'alite, on enlève le plâtre. On constate la présence d'un vaste abcès superficiel rouge, tendu, prêt à s'ouvrir, occupant la partie postérieure de la cuisse, en arrière du grand trochanter. Rapidement, en ce point, sur le bord inférieur du grand trochanter, se produit une fistule qui suppure abondamment.

On remarque que les mouvements passifs de flexion et d'adduction de la hanche sont normaux, L'extension est limitée, l'abduction très limitée. Les

mouvements actifs de la hanche existent pendant la marche ; la malade boîte très légèrement. On écarte donc le diagnostic primitif de coxalgie. Radio indemne. Le toucher rectal ne décèle aucune lésion du sacrum. D'autre part, le grand trochanter n'est pas douloureux et présente ses dimensions normales.

Au contraire, l'ischion est douloureux à la pression et semble être le centre de l'empâtement. On porte donc le diagnostic d'ostéite tuberculeuse de l'ischion.

30 décembre 1900. — Intervention. On pratique deux incisions ; l'une rétro-trochantérienne ouvre l'abcès qui est vidé et curetté. L'autre, près du sacrum, agrandit l'ancienne fistule. Les deux trajets convergent vers le même point et aboutissent à la face externe de l'ischion dénudé et couvert de fongosités abondantes. Une hémorragie veineuse assez abondante oblige à terminer rapidement l'intervention. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Mars 1901. — L'enfant revue ne présentait qu'une fistulette au bord gauche du sacrum, au niveau de la première fistule.

OBSERVATION VIII

Ostéïte tuberculeuse de l'ischion gauche

(LANCE)

N..., fille âgée de 8 ans. Sans douleur, sans réaction aucune, on constate l'apparition d'un gros abcès à la partie postérieure du fémur de la cuisse gauche, au-dessous du pli fessier. L'abcès s'ouvre spontanément et laisse à sa suite plusieurs trajets fistuleux. Le membre se fléchit peu à peu sur le bassin et se fixe en flexion, ne se redressant plus pendant la marche qu'au prix d'une ensellure lombaire bien marquée et d'une forte claudication.

A plusieurs reprises, on pratiqua le curettage des fistules et on constata que l'ischion était dénudé, ramolli, carié. Après des curettages et des évidements successifs, l'état local reprend son aspect primitif.

En septembre 1892, à l'âge de 10 ans, l'enfant entre à l'hôpital de la Pitié. On pratique alors une large intervention. Une incision de près de 20 centimètres est tracée à la face postérieure de la cuisse, réunissant toutes les fistules. On trouve l'ischion nécrosé dans sa totalité. Il est libéré au niveau de quelques attaches osseuses qu'il conserve encore et enfin enlevé. La cavité très vaste qui en résulte, est curettée avec soin et tamponnée. Elle se comble très rapidement. Au mois de novembre,

l'enfant est envoyé à l'hôpital maritime de Berck. On constate qu'il persiste encore une fistulette à la partie postérieure de la cuisse. Celle-ci se ferme spontanément au bout de six semaines environ et la guérison semble complète.

En 1895, à l'âge de 13 ans, l'enfant entre de nouveau à la Pitié. La fistule s'est ouverte de nouveau. On envoie l'enfant à l'hôpital maritime de Berck où l'on constate la présence d'un petit décollement superficiel qui est cureté.

En Octobre 1895, la guérison semble définitive. Il ne persiste qu'une longue cicatrice longeant la face postérieure de la cuisse.

OBSERVATION IX

Tuberculose de l'Ischion droit

(LANCE)

N..., garçon, 8 ans. Au commencement de juillet 1897, M. MENARD examine en ville un jeune garçon de 8 ans, atteint d'une légère claudication qui paraît être en rapport avec un gonflement, d'ailleurs peu accentué, de la région fessière. L'enfant couché sur le ventre, on voit que la partie inférieure de la fesse droite est un peu tuméfiée et que le pli

fessier, moins bien dessiné que du côté gauche, se trouve ainsi soulevé.

L'exploration manuelle montre que le gonflement fessier se localise assez exactement sur l'ischion.

En pressant au niveau du pli fessier avec l'extrémité des doigts et en faisant glisser la peau de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, on distingue une petite masse profondément située qui s'échappe alternativement dans un sens et dans l'autre. Cette masse est fluctuante dans le sens vertical, son extrémité inférieure peut être soulevée ; son extrémité supérieure semble se continuer avec l'ischion.

La région trochantérienne paraît normale. Les mouvements de la hanche sont libres, sauf la flexion qui s'arrête un peu au delà de l'angle droit. La région du sacrum n'offre aucune altération. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

En résumé, intégrité de la hanche, du grand trochanter et selon toute vraisemblance du sacrum. Ajoutons que la branche ischio-pubienne paraît également saine et que la région lombaire est parfaitement souple. On conclut au diagnostic de lésion inflammatoire ou plutôt tuberculeuse, à cause de la marche lente de l'affection, localisée sur l'ischion : tuberculose de l'ischion avec abcès symptomatique.

Le 5 juillet 1897, incision de l'abcès. En suivant sa cavité : une sonde cannelée conduit sur une dénudation osseuse vers l'ischion. La plaie est agrandie pour découvrir la totalité du foyer. On enlève un volumineux sequestre, presque entièrement for-

mé de tissu osseux grisâtre, dépourvu de vaisseaux et pour une petite portion, infiltré de fongosités. Ensuite, l'ensemble du foyer est minutieusement traité par la curette. Comme la cavité était close, exempte d'infection suppurative, nous nous croyons autorisé à réunir la plaie complètement et sans drain. Le voisinage du pli interfessier et la difficulté d'obtenir une parfaite occlusion du pansement, nous engagent à collodionner à la gaze iodoformée sur toute la circonférence de la plaie et à recouvrir ensuite cette gaze d'une mince couche de coton également collodionné. Les fils à suture sont enlevés le huitième jour. Aucune réaction inflammatoire locale, aucune fièvre. Nouveau pansement collodionné, protégé par une épaisse couche d'ouate. Aucun incident n'est survenu dans la suite. Le malade commence à marcher deux mois après l'opération. Il quitte Berck le 15 septembre. La guérison paraît confirmée. Tout gonflement de la région fessière a disparu.

OBSERVATION X

Ostéite tuberculeuse de l'Ischion droit

(LANCE)

Del..., âgé de 10 ans, entre au mois de Juin 1897

à la Maison de santé de Mlle FAGNEUX, à Berck.

Il présente au niveau du pli fessier du côté droit un volumineux abcès froid qui comble toute la partie inférieure de la fesse. L'affection a débuté il y a dix-huit mois par un peu de claudication et de fatigue à la marche.

Les mouvements de l'articulation de la hanche sont limités seulement dans la flexion et la flexion avec abduction.

En l'absence de Mal de Pott, le toucher rectal ayant montré l'intégrité du sacrum, on pense à une ostéite partielle de l'os iliaque.

23 Juin 1897. — Intervention. L'abcès est incisé et cureté. Par sa partie profonde, on est conduit sur le bord postérieur de l'ischion : celui-ci est dénudé et détruit en grande partie. A son niveau, on trouve trois sequestres : l'un libre, de la grosseur d'une lentille, deux autres encore adhérents, rosés, sont allongés verticalement et occupent toute la hauteur du bord postérieur de l'ischion. Toute la partie supérieure de l'excavation est formée de tissu blanc d'infiltration. On l'enlève à la curette. Pansement ouvert à la gaze iodoformée.

OBSERVATION XI

Ostéites tuberculeuses multiples

Ostéites tuberculeuses sus-malléolaires

des deux tibias

Ostéite tuberculeuse de l'Ischion droit

(LANCE)

Charles B..., âgé de 11 ans, entre le 13 décembre 1897 à l'hôpital maritime. Il présente, lors de son entrée, deux foyers d'ostéite tuberculeuse sur l'extrémité inférieure des deux tibias. En plus, au niveau du pli interfessier, on trouve deux fistules qui coulent abondamment. L'enfant ne boîte pas en marchant, les mouvements de la hanche sont libres. On ne trouve, par le toucher rectal, aucune collection dans son bassin.

On porte le diagnostic d'ostéite tuberculeuse de l'ischion droit.

17 Janvier 1898. — On réunit par une incision les deux fistules. Dans l'une d'elles, on trouve un petit sequestre grisâtre en train de s'éliminer. L'incision aboutit à un orifice situé derrière le ligament sacro-sciatique. L'exploration est arrêtée là. On place des drains. Pansement à la gaze iodoformée.

13 Février. — La suppuration continuant par l'orifice fistuleux, on intervient de nouveau. L'incision est prolongée en avant et en suivant la sonde

cannelée, on est conduit à la face interne de l'ischion. Elle est en partie détruite et l'on extrait deux petits sequestres blancs. Pansement ouvert. Le malade sort guéri le 2 mai 1898.

OBSERVATION XII

Tuberculose de l'Ischion droit

(LANCE. Résumé.)

Garçon de 8 ans, deux orifices fistuleux du pli fessier droit. Incision des deux trajets. Ils se trouvent séparés par le tendon du demi-membraneux. En prolongeant l'incision, on tombe sur un sequestre que l'on enlève. On agrandit la loge à la curette. Plaie laissée ouverte et remplie de gaze iodoformée. Guérison par cicatrisation secondaire au bout de deux mois.

OBSERVATION XIII

Ostéite tuberculeuse de l'ischion gauche

(LANCE. Résumé.)

Marcel C..., âgé de 8 ans, entre à l'hôpital maritime le 10 mars 1899. Lors de son entrée, il présente une petite fistule ganglionnaire dans la région sous-maxillaire droite. En plus, on constate du côté de la fesse gauche, les déformations suivantes: la région de l'ischion est soulevée par une tuméfaction peu apparente dans l'extension complète. La fesse est plus volumineuse qu'à droite. Le pli fessier est soulevé à gauche. A la palpation, on sent un empâtement des plans profonds de la fesse. Le toucher rectal montre un empâtement net de la face interne de l'ischion par opposition au côté sain. Les mouvements passifs de la hanche ont presque leur étendue normale. L'extension est à peine limitée. La flexion l'est davantage. L'enfant boîte légèrement par suite de l'extension incomplète de la hanche.

30 Juin. — On note l'apparition d'un abcès profond sous le grand fessier.

7 Août. — Intervention. On pratique une incision verticale qui donne issue à une assez grande quantité de pus, puis de fongosités. Cet abcès sous-fessier communique par un étroit trajet fistuleux avec

un autre foyer plus profond qui entoure l'ischion dénudé. Celui-ci est gratté. On extirpe ainsi un sequestre de trois centimètres environ de hauteur provenant du bord postérieur de l'ischion. Un prolongement antérieur de l'abcès est gratté.

Suture complète de l'ischion. Réunion par première intention. Sorti le 5 Janvier 1900.

OBSERVATION XIV

*Coxalgie fistuleuse consécutive à une caverne
de l'Ischion.*

(LANCE. Résumé.)

L..., garçon de 13 ans, présente une coxalgie fistuleuse du côté gauche. La fistule siège sur le bord interne du triangle de Scarpa, donne lieu à une suppuration fétide. 13 Février 1888 : résection. La tête est enlevée à la pince gouge. Le cotyle est perforé largement à la partie inférieure. Cette lésion se continue avec une vaste caverne de l'ischion comprenant la presque totalité du corps et de la tubérosité de l'ischion. La caverne contient cinq à six sequestres.

On peut concevoir la marche des lésions de la manière suivante : lésion primitive de l'ischion, caverne et sequestre, puis envahissement secondaire de l'articulation.

Intervention. Température 36°6, pouls filiforme.
Mort 20 heures après l'intervention.

OBSERVATION XV

*Coxalgie fistuleuse consécutive à une caverne
de l'Ischion.*

(LANCE)

T..., fille de 6 ans, entre en 1898 à l'hôpital maritime de Berck. Elle présente une coxalgie fistuleuse. Les orifices sont au nombre de trois et siègent deux en arrière au niveau du grand trochanter, au niveau du pli fessier, un à la partie postérieure de la fesse. 1^r Février 1899. La suppuration étant très abondante, on pratique la résection. Pour utiliser le trajet des fistules, on emploie l'incision postérieure. On constate que les deux fistules antérieures de la fesse se rendent à l'ischion qui est détruit en grande partie, remplacé par une caverne contenant des sequestres. La fistule postérieure s'engage, au contraire, dans la grande échancrure sciatique et arrive à la partie interne du cotyle. Celui-ci est détruit en partie au niveau de sa portion ischiatique. Le cotyle est peu malade par sa face articulaire. Il présente un foyer caséeux horizontal à sa partie moyenne et une dénudation et destruction partielle au niveau de l'ischion.

OBSERVATION XVI

Ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne gauche.

(Thèse de CŒUILLIEZ, 1908)

Femme M..., 35 ans, habite Nantes. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels, si ce n'est qu'elle est veuve depuis deux ans d'un mari mort de tuberculose pulmonaire. Elle n'a jamais eu d'enfant.

Il y a environ un an, elle s'est aperçue de l'apparition dans le pli génito-crural gauche d'une grosseur presque indolore qui atteignit peu à peu le volume d'une noix, puis s'ouvrit spontanément en laissant écouler une certaine quantité de pus. La tumeur s'affaissa mais la suppuration continua et décida la malade à entrer à l'hôpital dans le service de M. le Professeur POISSON.

Le Docteur LABEYRIE, Chef de clinique chirurgicale, constate l'existence d'une fistule dans le pli génito-crural gauche. Un stylet introduit dans l'orifice assez étroit de la fistule pénètre de 5 centimètres environ et conduit sur un point osseux dénudé de la branche descendante du pubis. La pression exercée sur le pubis n'éveille aucune douleur. Le toucher vaginal ne donne pas de renseignements.

Le 17 Janvier : opération, incision de 7 centimètres de long parallèle au pli génito-crural qui permet de découvrir la branche ischio-pubienne

gauche, dénudée sur une étendue assez limitée et présentant en ce point un foyer assez bien circonscrit d'ostéite avec fongosité et petits sequestres. Après curettage soigneux du foyer, le trajet fistuleux est excisé, puis le tout badigeonné au chlorure de zinc au 1/10^e. Seules, les extrémités de l'incision sont suturées. Le centre est laissé ouvert. La plaie est bourrée à la gaze iodoformée.

Suites opératoires très simples. La malade sort guérie au bout d'un mois.

OBSERVATION XVII

Ostéite tuberculeuse de l'Ischion droit

(Thèse de CŒUILLIEZ, 1908. Obs. résumée.)

Le L..., homme de 31 ans, vient consulter M. ARDOUIN le 14 août 1908. Il raconte que, depuis plusieurs années, il souffrait d'une douleur de la région ischiatique droite, qu'il qualifie de névralgie sciaticque. Puis une tuméfaction est apparue à l'extérieur vers la fin de 1906. Il fut soigné à cette époque à l'hôpital maritime de Cherbourg pour un abcès froid semblant provenir de l'ischion. Cet abcès a été incisé le 4 Février 1907 par un médecin qui dit n'avoir pas senti de rugosités de l'ischion. Depuis, l'état du malade s'est aggravé. Il

subit une première opération sous chloroforme consistant en un grattage et un drainage d'un abcès froid siégeant au niveau du grand trochanter.

A l'examen, on note un énorme gonflement dans la région de la fesse et du grand trochanter et quatre fistules conduisant vers l'ischion. Ces fistules communiquent entre elles ainsi que l'a démontré une injection de permanganate de potasse poussée dans l'une d'elles. Une de ces fistules est située exactement sur le grand trochanter mais la sonde se dirige vers l'ischion en passant profondément.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont tous limités. Atrophie très marquée de la cuisse droite. La radio à cette époque ne montre rien de précis. De février 1907 à février 1908, la température reste supérieure à 38°. Le 5 septembre, M. ARDOUIN fait successivement l'incision des quatre fistules. Sous une épaisse couche de graisse, il enlève tour à tour la plupart des trajets. Il curette seulement celui qui passe sous le grand fessier pour ne pas léser le nerf sciatique qui doit passer au milieu des lésions. Il trouve un foyer plus large au niveau de l'ischion. Il excise tous les tissus malades, il gratte l'ischion et enlève deux petits sequestres du volume d'une noisette et de consistance très poreuse. Chlorure de zinc au dixième, pansement compressif, suites opératoires satisfaisantes.

Décembre 1908, la cicatrisation est complète sauf au niveau de l'ischion. Etat général excellent. Persistance d'une fistule allant vers l'ischion. Nouvelle intervention le 5 décembre 1908. Anesthésie à la

scopolamine et rachi-stovaïne. Introduction d'une sonde cannelée par l'orifice siégeant au niveau de l'ischion. M. ARDOUIN excise le trajet fistuleux et tous les points douteux avec le plus grand soin. Incision de 22 à 25 centimètres de long et 7 à 8 de profondeur. L'incision montre un point malade contre l'ischion. Il l'enlève à la curette. Tamponnement au peroxyde de zinc. Pansement stérilisé, compressif. Suites opératoires excellentes. Cicatrisation complète le 10 février.

OBSERVATION XVIII

Ostéite tuberculeuse de l'ischion gauche

(Thèse Marcelle CHAUVÉAU, 1920)

L... Renée, entre à l'hôpital maritime le 9 juin 1916. Serait malade depuis avril 1915 et soignée depuis cette date à l'hôpital Bretonneau pour coxalgie. Aurait eu deux abcès avant son arrivée à l'hôpital maritime.

A son arrivée, on fait le diagnostic de coxalgie gauche et on note : mouvements très limités, adénite-iliaque, fistule croûteuse de la fesse gauche, ascension trochantérienne 1 cm. 5. Rien n'est noté jusqu'en février 1920 où l'on constate que la fistule de la fesse gauche existe encore.

Les mouvements de la hanche sont les suivants :

La flexion dépasse l'angle droit-: 100° .

La rotation tant interne qu'externe est normale.

L'abduction est très largement limitée.

On ne trouve pas l'ascension trochantérienne notée à l'arrivée en 1916.

Une radio de mai 1920 montre une tête hypertrophiée un peu aplatie en galette. Le contour du socket semble un peu flou, mais l'espace clair articulaire semble normal. De plus, il existe une caverne semblant presque comblée dans le sourcil cotyloïdien. Il existe aussi une lésion (caverne bi-alvéolaire) semblant ancienne au niveau de l'ischion, cause probable de la fistule fessière.

Depuis, la fistule de la fesse s'est fermée et réouverte à diverses reprises et semble maintenant cicatrisée définitivement. La radiographie faite le 2 février 1922 montre que les lésions se réparent : limitées par des contours nets, elles donnent une image radiographique à peine plus claire que l'os sain avoisinant. Les mouvements ont gagné encore en amplitude : la flexion atteint maintenant 110° .

Le côté malade présente un allongement d'un centimètre, mesuré du trochanter à l'interligne articulaire du genou ; l'allongement porte donc uniquement sur le fémur.

Il s'agit d'une lésion ancienne dont la guérison à peu près complète aurait été sans doute plus rapide si une intervention lui était venue en aide.

OBSERVATION XIX

Ostéite tuberculeuse de l'ischion et de la branche ischio-pubienne gauches

(SORREL et SORREL-DJERRINE, 1920)

L'enfant ...Jeanne (7 ans et demi) entre à l'hôpital maritime le 16 septembre 1925 avec une fistule siégeant à *la partie inférieure* de la fesse gauche. La radio montrait une grande caverne occupant l'ischion et la branche ischio-pubienne gauches. Elle contenait plusieurs sequestres. Une intervention fut faite le 28 octobre 1925, mais une fistule persista. Elle se ferma en mars 1927 pour s'ouvrir à nouveau deux mois plus tard. Une radiographie faite en septembre 1926 avait d'ailleurs montré qu'une reconstitution partielle s'était produite, mais qu'un sequestre s'était reformé et une nouvelle intervention eut lieu le 20 janvier 1927. La fermeture se fit alors en un mois et depuis ce moment la guérison se maintient.

OBSERVATION XX

Tuberculose du pubis et de l'ischion

(Thèse de DEMOTTE. Montpellier, 1920.)

M. C..., 13 ans.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : rougeole à 2 ans. Anémie à 12 ans.

En avril 1919, la malade s'aperçut de la présence d'une petite grosseur dans la région du pli fessier. Cette grosseur a eu un développement progressif. Au bout d'un mois, elle avait acquis les dimensions d'une noix. Fistulisation au mois de mai. Pas de douleurs spontanées pendant toute cette durée.

La tumeur, une fois fistulisée, la malade se décide à voir un médecin. On note deux fistules : l'une située au niveau du pli fessier gauche ; l'autre occupe la partie interne de la grande lèvre gauche. Ces deux fistules communiquent.

Pas de douleur à la marche — pas de boiterie apparente. A la pression sur le pubis, on obtient une douleur très marquée. On diagnostique une tuberculose du pubis et le 30 octobre 1919, sous anesthésie générale, on enlève un sequestre et on racle le foyer d'ostéite.

Au mois de janvier, la plaie du pubis est guérie, mais la malade se plaint de douleurs dans la région

fessière et la radiographie révèle une lésion de l'ischion qui est d'ailleurs très douloureux à la pression.

Le 20 janvier, guidé par la fistule postérieure, on incise largement ; on excise les parois de la fistule et on arrive sur le foyer osseux, où on trouve un sequestre qu'on enlève. On curette énergiquement et on réunit *per primam* en laissant un drain qui est enlevé le quatrième jour. Une légère suppuration s'établit qui est à l'heure actuelle guérie.

OBSERVATION XXI

(Thèse de DEMOTTE)

F. L., 10 ans. Entre à l'hôpital Suburbain le 18 février 1920. Le malade se plaint de douleurs fessières sans gêne à la marche et sans boiterie apparente.

Le début remonte à trois ans. Un gros abcès est apparu à la face postérieure de la cuisse. Cet abcès s'est fistulisé. A l'heure actuelle, on constate la présence d'une fistule par laquelle s'écoule une sécrétion purulente intermittente. A la palpation, on réveille une douleur exquise dans la région ischiatique. Les mouvements de flexion et d'abduction sont limités. On fixe le diagnostic de tuberculose de l'ischion.

Le 23 février 1920, intervention sous anesthésie générale. Guidé par la fistule, on incise en plein massif fessier et on arrive sur l'ischion dont on enlève un séquestre et qu'on curette énergiquement. Pas de suture primitive. Mèches iodoformées.

Suites excellentes. La plaie bourgeonne rapidement.

OBSERVATION XXII

Ostéite tuberculeuse de l'ischion droit

(Thèse de NIVLET, Nancy, 1929.)

C. Maurice, 6 ans. On se croirait en présence d'une coxalgie. L'enfant boite depuis un an du côté droit. Il y a dix mois serait apparue au niveau du grand trochanter, une tuméfaction fluctuante qui a été incisée. Il s'est écoulé du pus. Depuis ce moment, l'écoulement n'a pas cessé. A l'examen, le 5 janvier, on remarque une fistule d'aspect bacillaire au niveau du grand trochanter droit.

Les mouvements de la hanche sont très possibles mais sont limités dans une certaine mesure. Seule, la flexion extrême de la cuisse sur le bassin est douloureuse et fait couler plus fort la fistule.

On fait une radiographie qui montre une hanche intacte, mais de grosses lésions de l'ischion avec

des parties osseuses sequestrées. Au toucher rectal, on sent une grosse tuméfaction douloureuse au niveau de l'ischion.

Le 12 janvier, à l'inspection, on voit très nettement une tuméfaction au niveau de l'ischion droit. Beaucoup plus haut que le trochanter, au niveau de la partie supérieure de la fosse iliaque externe; au niveau de l'interligne sacro-iliaque, on voit une tuméfaction rougeâtre, un peu fluctuante. On décide l'opération, le même jour. On incise au niveau de l'ischion, il s'écoule beaucoup de pus. On tombe sur un foyer fongueux et sur une branche ascendante de l'ischion nécrosée dans son ensemble, sans qu'il soit possible de mobiliser un sequestre. On pratique un curettage énergique établissant une solution de continuité entre la branche ascendante de l'ischion et la branche pubienne. On met des mèches iodoformées dans la plaie. L'incision de la collection sacro-iliaque a donné également beaucoup de pus.

A sa sortie de l'hôpital, l'enfant n'était pas complètement guéri, la plaie suppurait encore. Puis les choses se sont arrangées et maintenant la guérison est complète et les mouvements sont intégralement conservés.

Nous pouvons donc considérer ce cas traité chirurgicalement comme heureusement guéri au point de vue fonctionnel.

OBSERVATION. XXIII

Ostéite tuberculeuse primitive de la tubérosité de l'ischion.

(BLANKOFF. *Archives Franco-Belges de la Chirurgie.*
Octobre 1927.)

Histoire :

Le malade est âgé de 21 ans. Il y a deux ans, est apparue, sans cause précise, ni traumatisme, ni chute, ni choc, une tuméfaction indolore de la face postérieure de la cuisse. Cette tuméfaction s'est fistulisée un beau jour spontanément.

Depuis cette fistulisation, la suppuration ne s'est pas arrêtée. A part le repos et les soins de propreté, aucun traitement n'a été instauré.

Rien dans les antécédents directs ou collatéraux du malade.

Examen clinique :

A la face interne de la cuisse droite en son tiers moyen, fistule ovalaire d'un demi-centimètre environ de diamètre, d'aspect lisse et rouge violacé, à fond gélatiniforme par où s'écoule un pus épais, vert pistache, en petite quantité. Un stylet introduit dans cette fistule passe entre le grand adducteur et le demi-membraneux et se dirige vers l'ischion sans parvenir à l'atteindre,

Pas d'atrophie musculaire de la cuisse ; les conférences sont identiques à gauche et à droite.

A la région fessière au contraire, il y a un léger aplatissement de la fesse droite avec effacement du pli fessier et toute la peau est plus flasque de ce côté.

Tous les mouvements de la hanche sont libres et indolores. La pression sur la tubérosité de l'ischion est seule douloureuse en un point bien localisé.

Examen radiographique :

L'examen radiographique montre une tubérosité ischiatique entièrement détruite au point de marquer une solution de continuité dans sa partie inférieure, sur deux centimètres environ sur la plaque. Au centre, on aperçoit une géode dans la substance osseuse, piriforme avec plusieurs nodules osseux disséminés ; le tout plus pâle, fortement décalcifié et sans structure précise.

La destruction osseuse s'étend légèrement le long du bord de l'ischion vers le cotyle sans atteindre celui-ci.

Les examens de laboratoire ont montré un B.W. positif.

La spécificité doit être cependant éliminée et ce résultat attribué à l'allure chronique de l'affection.

D'une part, rien ne permet dans les antécédents de songer à la syphilis. D'autre part, les examens complémentaires ont décelé la nature tuberculeuse de l'affection.

Traitement :

Après une adaptation au climat marin, U.V. à la lampe de Quartz entre temps et pansements, M. MAFFEI procède à une intervention.

Après incision médiane, juste en dedans du sciatique et au niveau du grand fessier, après dilacération légère entre le biceps et le demi-tendineux, nous arrivons à la curette sur la tubérosité ischiatique et nous pénétrons immédiatement dans une profonde cavité dont le centre est occupé par un sequestre que nous extrayons non sans peine, les bords de la cavité formant obstacle. Curettage de la cavité osseuse d'où l'on retire encore une série de petits fragments.

L'abcès s'est infiltré comme décrit précédemment, ce que l'on constate par l'introduction des stylets.

Anatomie pathologique macroscopique :

Le sequestre retiré se présente comme un géode d'ostéite raréfiante à aspect spongieux avec fongosités vasculaires caractéristiques des lésions tuberculeuses.

L'examen microscopique n'a pu être fait. Le malade a été opéré il y a quinze jours.

Evolution. — Le pus se tarit et les plaies sont en bonne voie de cicatrisation.

Etude Anatomique
et Expérimentation

L'ischion ou tubérosité ischiatique représente l'angle postéro-inférieur de l'os coxal. Il siège essentiellement à un carrefour, tant au point de vue descriptif pur qu'au point de vue topographique.

Il n'a pas de limites anatomiques précises : c'est le rendez-vous de deux solides colonnes osseuses, les branches ascendante et descendante de l'ischion, dont l'angle de réunion, qui est d'environ 70° , représente la tubérosité ischiatique proprement dite. Celle-ci est un épanouissement osseux extrêmement solide, on le conçoit, puisque c'est sur elle que repose tout le poids du corps dans la station assise.

Cette partie de l'os coxal supportant des pressions importantes, sa structure est adaptée à sa fonction : en effet, comme l'ont montré LATARJET et GALLOIS, l'ischion est le siège d'un entrecroisement ogival de deux systèmes : système sacro-cotyloïdien et système sacro-ischiatique, dont le résultat est d'une grande solidité.

La région ischiatique est un carrefour auquel aboutissent trois grands couloirs cellulaires :

1° Le couloir interne ou périnéal, avec ses dépendances ;

2° Le couloir postérieur ou fessier ;

3° Le couloir antérieur ou couloir des adducteurs.

1° *Le couloir périnéal* est limité :

En haut : par le muscle obturateur interne qui cache en grande partie la face interne de la tubérosité ischiatique, et un peu au-dessus et en dedans par le muscle releveur de l'anوس qui sépare le couloir périnéal de l'espace pelvi-rectal supérieur de RICHET.

En bas : par la peau, épaisse et résistante en cet endroit.

Ainsi limité en haut et en bas, le couloir interne arrive en avant jusqu'à l'espace périprostatique. Ceci nous explique que, dans un cas de tuberculose de l'ischion observé par ROSE, un phlegmon prévésical ait pu apparaître comme complication post-opératoire d'un abcès primitivement ischio-rectal.

En arrière : enfin, le couloir périnéal présente un diverticule au-dessus du muscle grand fessier, entre la face propre de ce muscle d'une part, le releveur de l'anوس et le bord inférieur de l'ischio-coccygien d'autre part.

En dedans, constituant un rapport important, se trouve le rectum, auquel est intimement adossée la berge interne du canal périnéal, avec le paquet vasculo-nerveux hémorroïdal. En dehors, se trouve appliqué contre la face interne de l'ischion, le paquet vasculo-nerveux honteux interne.

Les muscles transverse profond du périnée et ischio-caverneux, qui s'insèrent sur la face interne de l'ischion, ne cloisonnent pas notre espace et n'ont

par suite, au point de vue chirurgical, qu'une importance négligeable.

2° *Le couloir postérieur ou fessier* est moins bien limité que le précédent et se confond avec les espaces cellulaires compris dans l'intervalle des muscles ischio-jambiers.

Il est compris :

D'une part, entre l'obturateur externe et le carré crural, premier espace celluleux qui donne accès sur la région profonde de la fesse ;

D'autre part, entre les trois muscles ischio-jambiers, demi-tendineux, demi-membraneux et long biceps.

Grâce au premier embranchement, la face postérieure de l'ischion se met en rapport direct avec le tissu cellulaire lâche sous-fessier, avec la lame vasculaire de l'artère fessière, et par conséquent avec le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin (par la petite échancrure sciatique), avec la bourse séreuse rétro-ischiatique et la plupart des bourses séreuses annexées aux trois muscles fessiers.

Grâce au deuxième embranchement, le couloir postérieur émet un prolongement important vers la cuisse par l'intermédiaire du tissu cellulaire lâche compris entre les muscles ischio-jambiers. Le rapport important est constitué ici par la présence du paquet vasculo-nerveux fessier et surtout par le nerf grand sciatique ; celui-ci constitue un danger opératoire.

En somme, le couloir fessier ou postérieur comprend :

a) un prolongement fessier profond avec un diverticule possible vers le petit bassin ;

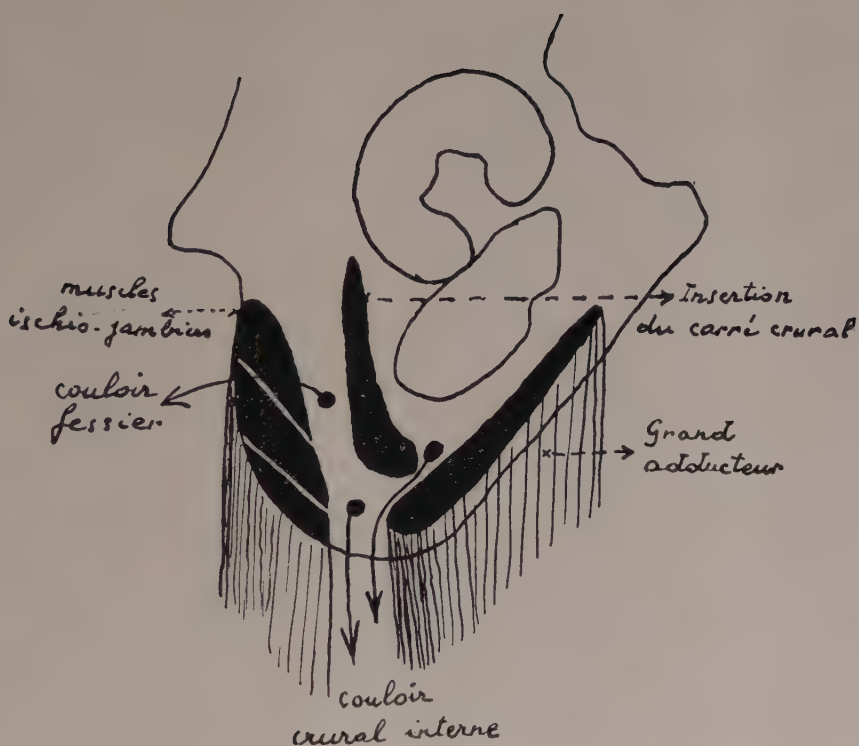
b) un prolongement crural postérieur important.

3° *Le couloir des adducteurs*, ou plus exactement du grand adducteur. En effet, seul le grand adducteur intéresse la face antéro-externe de l'ischion ; en arrière de lui, il n'existe pas d'espace clivable, même artificiellement. En avant, dans l'espace compris entre les trois adducteurs, il y a une communication possible avec l'ischion, mais seulement par la partie tout antérieure de l'os. Et, théoriquement, on admet l'existence d'une communication entre ce dernier couloir et le tissu cellulaire lâche sous-péritonéal du compartiment antérieur du petit bassin.

Ainsi, nous voyons s'établir autour de ce carrefour important où siège l'ischion, trois grandes voies principales :

1. Ischio-rectale.
2. Fessière.
3. Des adducteurs.

ayant chacune des prolongements ou des diverticules dans des directions nombreuses et variées. Chacune d'elles, par ailleurs, aboutit à l'ischion en des portions de cet os strictement limitées par la topographie musculaire de la région ischiatique. C'est ainsi qu'on peut reconnaître à l'ischion, d'après les rapports qu'il affecte avec les trois loges que nous



1° Les ostéïtes postérieures à l'insertion du carré crural (branche montante de l'ischion) donnent des abcès qui évoluent vers la fesse.

2° Les ostéïtes de la tubérosité et de la branche ischio-pubienne donnent des abcès qui s'engagent dans le couloir compris entre le bord postérieur du grand adducteur et le bord antérieur des muscles ischio-jambiers.

venons de décrire, des parties bien distinctes au point de vue chirurgical :

a) Une partie interne, en rapport avec le couloir périnéal.

b) Une partie externe que divise nettement en deux portions l'insertion du muscle carré crural : l'une antérieure est en rapport avec le couloir des adducteurs, l'autre postérieure se trouve à l'origine du couloir fessier.

Ces distinctions pourraient paraître artificielles si elles ne se trouvaient justifiées par l'observation des faits anatomo-cliniques apportés par l'étude de la tuberculose de l'ischion. Cette affection, en effet, est presque toujours localisée à une partie de l'os, et nous avons pu voir que la localisation des abcès consécutifs à l'ostéite était entièrement subordonnée à la localisation de la lésion tuberculeuse sur l'ischion. C'est ainsi que :

une ostéite tuberculeuse de la face interne de l'ischion donne naissance à une suppuration de la fosse ischio-rectale ;

une ostéite de la partie la plus saillante de l'angle ischiatique est suivie d'une suppuration fessière, dans les limites variables que nous avons indiquées ;

enfin, ce sont les ostéites de la branche ischio-pubienne, partie antérieure de l'ischion, qui auront tendance à gagner la partie supérieure et interne de la cuisse, entre les adducteurs.

Ces faits, tant anatomiques que cliniques, nous

ont incité à tenter une expérience anatomique, que nous regrettons de n'avoir pu répéter, car ses résultats sont venus confirmer ce que la clinique et l'anatomie nous avaient appris.

Par voie endopelvienne, nous avons injecté, sous pression, une suspension faiblement plâtrée, à travers trois orifices forés à la vrille, en direction du pôle inférieur de la tubérosité ischiatique, de la face postérieure de l'ischion, et de l'union de la branche ischio-pubienne avec l'ischion.

Voici donc le compte-rendu de notre dissection :

Dissection de la fesse. Dissection du grand fessier. Une coupe pratiquée sur ce muscle montre que les espaces cellulaires intrafasciculaires profonds sont infiltrés de plâtre.

Sous le muscle, dans sa gaine, à la face profonde, le tissu cellulaire est fortement injecté de plâtre, jusqu'au niveau du sillon sous-fessier. La coulée plâtrée a été bridée par le ligament de Charpy, car nous ne trouvons pas trace au delà vers la cuisse. La bourse séreuse ischiatique du grand fessier est fortement injectée au contact de la coque fibro-aponévrotique qui recouvre l'ischion. L'infiltration de ce tissu cellulaire répond très exactement à l'injection poussée vers le versant postérieur de la tubérosité ischiatique.

Plus en dedans, entre le tendon commun du biceps et du demi-tendineux, contre l'os et ne fusant pas dans le tissu cellulaire, on trouve un peu de bouillie plâtrée sèche. La dissection montre qu'à cet endroit la coque fibreuse ischiatique a été per-

forée. Peut-être est-ce là la cause de l'injection de cet espace et n'est-ce pas à retenir ? L'orifice de l'injection répond ici exactement au bord inférieur du pyramidal et à la sortie du grand sciatique de la cavité pelvienne. Nous poursuivons notre dissection au-dessus du tendon du biceps. Nous le décollons de l'ischion. La dissection attentive des espaces cellulux autour du pyramidal montre que ces espaces ne sont pas injectés, pas plus que la gaine du sciatique.

En dedans, entre le demi-membraneux et la masse des adducteurs, pas trace de plâtre.

A la racine de la cuisse, dans la région obturatrice, on trouve un peu de plâtre injectant l'espace cellulaire compris entre le moyen adducteur et droit interne. En poursuivant la dissection des insertions musculaires de la coque fibreuse de l'ischion, on constate :

1° que cette coque est extrêmement épaisse ;

2° que l'injection a été faite exactement dans la direction voulue : on trouve l'orifice à l'union de la tubérosité ischiatique et de la branche ischio-pubienne.

La dissection du périnée et de la fosse ischio-rectale montre qu'ils ne sont pas du tout infiltrés.

Conclusion :

1° *Des espaces cellulux péri-ischiatiques*, l'espace sous-fessier compris entre la face profonde du muscle et le dédoublement de l'aponévrose, paraît

être celui qui s'infiltré le plus facilement à partir de l'ischion. Vraisemblablement, l'injection se fait par la bourse séreuse ischiatique qui est au contact immédiat de l'ischion.

L'infiltration est bridée par le ligament de Charpy au niveau du sillon sous-fessier. Elle peut se poursuivre, par les espaces interfasciculaires, jusqu'à l'insertion trochantérienne du muscle.

La clinique nous apprend que la grande majorité des abcès postérieurs sont observés au niveau du pli fessier, quelques-uns se trouvent dans la région trochantérienne.

2° *L'espace antéro-interne* s'injecte peu, les adducteurs formant un bloc homogène compact. Quand l'injection est ischio-pubienne et non plus tubérositaire, le plâtre file en dedans, entre les adducteurs et le droit interne. Nous avons, dans une de nos observations, un abcès ouvert à la face interne de la cuisse, avec précisément une lésion de la branche ischio-pubienne (Observation 2).

3° La coulée celluleuse périsciaticque ne paraît pas injectable, ni les espaces péri-pyramidaux.

Nous n'avons fait qu'une seule dissection.

Anatomie pathologique

Il semble bien que l'atteinte osseuse d'une portion de l'ischion atteigne celle-ci d'une façon massive et diffuse, sans jamais toutefois envahir totalement l'ischion avec ses branches ; les observations signalent le plus souvent une infiltration ou une nécrose de la tubérosité et d'une partie de ses deux branches, ou de l'ischion et d'une branche. Les formes enkystées sont plus rares et si des cavernes sont signalées, souvent elles ne constituent pas toute la lésion, mais elles siègent au centre d'une infiltration plus étendue. C'est la tubérosité ischiatique qui est atteinte le plus souvent, ou tout entière, ou par sa partie inférieure ; la branche ascendante ensuite est touchée ou isolément ou plus fréquemment en même temps que la tubérosité. La branche ischio-pubienne est moins souvent atteinte. En somme, les lésions osseuses sont beaucoup plus souvent postérieures qu'antérieures. Les fongosités se constatent à la face externe de l'os de préférence. Lorsque la branche postérieure est infiltrée, la propagation peut se faire par continuité osseuse jusqu'à l'articulation coxo-fémorale (Obs. 14 et 15). Quelle que soit l'étendue de la tuberculisation, qu'elle soit diffuse ou enkystée, la séquestration paraît en être ici l'aboutissant naturel. Il est assez curieux de le noter, car il n'est pas habituel de voir la tuberculose faire des séquestres, même dans une tuberculose diaphysaire, d'une façon aussi constante et aussi volumineuse. Dans les tuberculoses spongieuses

extra-articulaires, en effet, le séquestre peut exister, mais il est très inconstant et lorsqu'il existe il est, ou petit, ou ramolli et mal reconnaissable ; l'évolution purement fongueuse est plus habituelle. Ici au contraire, la formation de séquestres est constante, soit uniques, soit multiples, souvent volumineux, soit adhérents à l'os, soit au contraire entourés de fongosités au milieu d'une caverne. Les observations ne sont pas rares où tout l'ischion a été trouvé nécrosé et où on l'a cueilli au milieu de ses deux branches qui se sont, après cela, trouvées séparées. Dans une de nos observations personnelles, à première vue l'os dénudé paraissait normal dans sa forme et même dans son aspect, mais la traction de la tubérosité attira celle-ci qui se décolla, nécrosée, avec un aspect grisâtre et sec.

Les abcès sont non moins constants dans la tuberculose de l'ischion et, par leur situation, leur direction, leur propagation secondaire dans des régions variables, ils impriment à cette affection des aspects cliniques variables. Dans un cas personnel, on a rencontré en opérant, un tel abcès profond qui entourait la tubérosité avant toute manifestation clinique. Nos 23 observations contiennent 23 abcès. Mais la plupart du temps, l'abcès est le premier symptôme et parfois reste le seul. Son volume est souvent important, parfois considérable, surtout lorsque c'est un abcès fessier. Sa propagation crée des décollements sous-cutanés ou intermusculaires qui peuvent être éloignés (creux poplité dans un cas), mais toujours suivant des trajets bien déterminés,

En effet, la localisation et la propagation de ces abcès peut être systématisée. Elle évolue dans des loges que nous avons étudiées.

On peut classer ces abcès en abcès endo-pelviens, en abcès postérieurs ou fessiers et en abcès cruraux.

1° Les abcès endo-pelviens se développent à la face interne de l'ischion, occupent la fosse ischio-rectale. Ils repoussent en dedans la paroi rectale. Leurs propagations secondaires se font dans deux directions : en arrière, ils font saillie au-dessous du pli fessier à la racine de la cuisse et en dedans. En avant, ils se dirigent vers le bulbe dans la direction de l'urètre et vers la grande lèvre. Ces abcès sont rares (obs. 4). Ces abcès s'infectent précocement. Ils semblent partir d'une atteinte de la face interne de l'ischion.

2° Les abcès fessiers ou postérieurs sont les plus fréquents. Ils sont les plus volumineux. On les trouve en pleine fesse, occupant la face profonde et s'arrêtant nettement au pli fessier. Toutefois, celui-ci peut être débordé et l'abcès envahir la racine de la cuisse en arrière. Les propagations secondaires de cet abcès postérieur se font aussi dans la direction du grand trochanter et ce en suivant les fibres du grand fessier. On a décrit aussi des abcès autour du sciatique, nous ne croyons pas qu'ils fussent vraiment dans la gaine de celui-ci. Enfin, des propagations secondaires plus rares parties de l'abcès fessier ont été signalées en bas entre le biceps et le demi-membraneux et en haut dans la fosse ilia-

que externe. Dans ce cas-là, la lésion osseuse occupait la branche ascendante de l'ischion (Obs. 22).

On peut établir à la lecture attentive des observations que les abcès postérieurs naissent aux dépens des lésions postérieures de l'Ischion, soit face postérieure de la tubérosité, soit branche ascendante.

3° Enfin, les abcès cruraux occupent la face interne de la racine de la cuisse et siègent au-dessous du pli génito-crural. Ils sont peu volumineux et s'ouvrent tôt par une ou plusieurs fistules qui occupent des sièges pathognomoniques à la face interne de la cuisse, à une dizaine de centimètres de sa racine, en arrière de la corde du troisième adducteur.

Cet abcès occupe une région bien déterminée entre le grand adducteur et les muscles fessiers de la cuisse, plus exactement entre la face postérieure du grand adducteur et le droit interne. Cette sorte d'abcès bien systématisé nous a paru provenir d'une ostéite de l'Ischion antérieur ou inférieur, siégeant soit à la partie inférieure de la tubérosité, soit sur la branche ischio-pubienne, mais toujours en avant de l'insertion ischiatique du muscle carré crural.

L'abcès initial ne s'étend pas toujours dans une des directions que nous venons de décrire, mais parfois par l'intermédiaire d'un pertuis étroit formant un abcès en bouton de chemise (abcès sous-fessier et abcès peri-ischiatique : Obs. 13).

Des trajets sous-cutanés, des clapiers secondaires

peuvent compliquer le cours de ces abcès ou de ces fistules.

Nous n'avons pas rencontré d'abcès multiples, ce qui semble bien prouver l'influence de la localisation osseuse primitive sur le déterminisme de la situation de l'abcès.

Etiologie

La tuberculose de l'ischion est certainement une des localisations les plus rares de la tuberculose osseuse. Nous n'en avons relevé que 23 observations depuis le début du siècle. Il est fort probable, d'une part, que nous en avons ignoré de nombreux cas publiés et que, d'autre part, toutes les observations n'en ont pas été publiées. Il n'en reste pas moins vrai que parmi toutes les autres localisations, celle-ci est une de celles dont on a le moins souvent l'occasion de s'occuper en clinique.

Deux faits nous ont paru importants dans ce chapitre : la question de l'âge des malades et la question de la modicité des associations tuberculeuses.

Si l'on en croit notre statistique, elle est fréquente chez l'enfant, puisque nous relevons 16 cas au-dessous de 15 ans. Il ne faut cependant pas se laisser prendre à cette apparence, car une bonne partie de ces observations ont été recueillies par LANCE dans un service de clinique infantile. Cette cause d'erreur étant mise à part, la tuberculose semble frapper l'enfant plus particulièrement de 7 à 13 ans. Puis on trouve un deuxième âge de prédilection : c'est la période qui s'étend de 20 à 35 ans. Tous nos autres malades entrent dans ces limites. Sur ce point, ce serait une tuberculose des adultes jeunes, comme l'est la sacro-coxalgie.

Un deuxième fait est intéressant : s'agit-il d'une ostéite isolée ou est-ce, au contraire, l'une des mani-

festations de la tuberculose chez un malade imprégné et multituberculeux ? Nos observations nous permettent de classer dans la première catégorie la tuberculose de l'ischion. C'est une tuberculose unique, localisée, à évolution relativement peu virulente, qui ne paraît pas évoluer chez un malade en bacillémie. Nous ne relevons, en effet, que peu d'associations : 4 observations en majorité bénignes (adénite cervicale, ostéite du pubis, encore peut-il s'agir là d'une propagation focale, tibia). Dans deux autres cas, il existait bien une coxalgie, mais celle-ci était une complication par propagation de proche en proche. Enfin, rappelons notre observation n° 3, l'exception qui confirme la règle, où une tuberculose pulmonaire suivit la tuberculose ischiatique.

Cette recherche étiologique n'est pas sans intérêt pratique : elle permet d'envisager la tuberculose relativement bénigne, ostéite tuberculeuse plus qu'ostéite chez un tuberculeux.

Symptomatologie

La tuberculose de l'ischion a presque toujours un début insidieux. Dans de nombreuses observations, un abcès de la région fessière formé à bas bruit, sans douleur, sans gêne fonctionnelle importante, est la première manifestation clinique de l'affection. Quelquefois, c'est la formation d'une fistule qui constitue le premier symptôme. Il arrive que la première manifestation en soit brusque et aiguë, ce qui ne signifie pas qu'elle constitue le début de l'affection. C'est ainsi que WILLIAM ROSE (observation 5) rapporte un cas où l'affection débuta par une douleur vive et subite qui immobilisa la malade au lit et en imposa pour un rhumatisme franc. Une de nos malades (obs. 3) se présenta au service d'urgence pour un phlegmon de la partie interne de la racine de la cuisse ; elle n'avait jamais souffert auparavant. Mais ces deux formes, forme à évolution absolument silencieuse jusqu'à l'abcès ou la fistule, ou forme à début bruyant, représentent des modes de début relativement peu fréquents. La plupart du temps, les symptômes initiaux les plus constants sont : *la douleur et la claudication*.

Le mode des douleurs n'est pas toujours précisé dans les observations. On signale, en général, que le malade se plaint de la hanche ou de la fesse, d'une façon vague, mal localisée. Ces douleurs s'exagèrent par la fatigue, augmentent le soir, disparaissant par le repos de la nuit. Elles sont souvent intermittentes et capricieuses, dans le temps

et dans leur intensité. Le fait que la douleur, la gêne est éprouvée dans la position assise peut constituer une bonne indication diagnostique. Dans plusieurs observations, la douleur revêt la forme d'une névralgie sciatique, sans signes radiculaires. Nous n'avons pas relevé de douleur dans le territoire du nerf honteux interne ou du nerf obturateur.

La *claudication* semble un signe plus fréquent chez l'enfant. Comme la douleur, intermittente, elle apparaît à la fatigue ; elle se traduit à l'oreille par le signe du maquignon. C'est souvent le symptôme qui éveille l'attention des parents du malade.

Un peu plus tard, à la période d'état, 3 signes nouveaux se montrent : la *diminution des mouvements de la hanche*, les *douleurs provoquées par le palper et par certains mouvements* et une *boiterie particulière*.

La *limitation des mouvements de la hanche* peut s'étendre à tous ses mouvements, mais plus souvent elle affecte particulièrement l'abduction et la flexion.

L'abduction est limitée et douloureuse, surtout dans les formes crurales. En même temps qu'on recherche l'abduction, on constate que la corde des adducteurs se tend. Par contre, le mouvement opposé, l'adduction passive, est possible. Il ne s'agit donc que de contraction des adducteurs.

La flexion de la cuisse sur le bassin, dans les formes où la tuberculose évolue vers la fesse, est limitée dans certaines circonstances. Elle est possible lorsque la jambe peut se fléchir en même

temps ; elle ne l'est plus lorsqu'on fléchit la cuisse, la jambe restant étendue sur la cuisse. L'explication de ce symptôme paraît simple : dans la flexion de la cuisse avec jambe étendue, les muscles ischio-jambiers sont tendus au maximum et tirent sur la tubérosité ischiatique.

Lorsque tous les mouvements paraissent limités, il est important de noter que cette immobilisation de la hanche n'est pas absolue. C'est particulièrement une diminution des mouvements actifs, mais les mouvements passifs sont possibles, si on les recherche avec douceur, sauf l'abduction ou la flexion suivant les cas.

La rotation ne semble pas limitée.

En somme, à ce stade, ce syndrome paracoxalgique peut être différencié de la coxalgie par l'analyse minutieuse des mouvements.

L'atrophie des muscles de la cuisse n'est pas très importante.

Dans certaines observations, on a noté la présence de ganglions inguinaux ou de ganglions iliaques externes.

Toujours à cette période, *le palper de l'ischion devient franchement douloureux* et permet d'affirmer le diagnostic. C'est le palper de l'ischion au bout du pli génito-crural qui décèle la douleur exquise la plus nette. Le palper par le pli fessier est déjà moins précis. Enfin, le toucher rectal et le toucher vaginal permettent de confirmer la localisation ischiatique. Un bon signe est constitué par

la douleur provoquée par l'abduction forcée, d'une part, la flexion de la cuisse, jambe étendue, d'autre part.

On a pu noter dans certaines observations une démarche particulière, à l'allure de « boiterie salutante », due surtout au fait que le genou reste fléchi pendant la marche. Lorsque le membre inférieur malade progresse, le tronc se redresse et il plonge en avant, au moment où le malade pose le pied en terre. A ce moment, c'est la pointe du pied qui prend contact avec le sol et le pas va se faire sur cette pointe du pied. La pathogénie de cette démarche est celle que nous avons rencontrée plus haut à propos de la limitation de la flexion : la jambe se met dans une position telle — en flexion — que les muscles ischio-jambiers ne sont pas tendus au maximum et tirent moins sur la tubérosité ischiatique.

C'est à ce moment que le symptôme le plus constant, l'abcès, fait son apparition. Celle-ci est précoce, et dans de nombreuses observations constitue l'unique symptôme de l'affection. La symptomatologie des abcès de l'ischion est variable suivant la localisation de ceux-ci :

1° C'est le plus souvent en arrière, dans la région fessière, que cet abcès se fait jour ; c'est là qu'il peut devenir le plus volumineux. Il grossit à bas bruit, sans douleur, la plupart du temps sans névralgie sciatique et il se traduit par trois aspects variables :

a) ou bien la tuméfaction est fessière propre-

ment dite et se développe au-dessus du pli fessier : la fesse est augmentée de volume et le pli fessier en devient plus profond et plus visible. C'est dans ce cas qu'on voit les collections les plus importantes. Elles correspondent à un abcès développé dans la gaine du grand fessier ;

b) ou bien l'abcès se développe à la place du pli fessier : celui-ci est repoussé, déplié, il n'existe plus. Cette forme traduit l'irruption du pus hors de l'enveloppe du grand fessier ;

c) Enfin, la tuméfaction due à l'abcès peut exister encore isolément, sous le pli fessier, à la racine de la cuisse. A cette forme se rattachent les abcès qui descendent à la partie postérieure de la cuisse et qui viennent faire saillie au creux poplité. Ces abcès postérieurs sont ceux qui s'infectent et se fistulisent le plus tardivement. Leur symptomatologie fonctionnelle peut être nulle ; mais la plupart du temps, elle est celle du syndrome pseudo-coxalgique. Non traités, ces abcès se fistulisent inévitablement, soit au bord inférieur du grand fessier, soit dans la région trochantérienne, soit à la partie postérieure de la cuisse. Des décollements secondaires peuvent amener la fistule très loin de l'ischion.

2° Les abcès cruraux internes (abcès antérieurs) ont un aspect clinique assez différent : d'abord par leur localisation ; ils siègent à la face interne de la racine de la cuisse. Ils ont été pris pour des ganglions quelquefois. Mais surtout : ils ne deviennent jamais bien gros, s'infectent souvent et se fistulisent tôt, par un ou plusieurs orifices qui siègent presque

toujours à une dizaine de centimètres du pli génito-crural et en arrière du grand adducteur. Des fistules aboutissent à des clapiers sous-cutanés et peuvent être borgnes. La place de ces fistules peut faire penser au diagnostic de tuberculose ischiatique.

Enfin, ces abcès sont douloureux, et spontanément et à l'abduction provoquée de la cuisse.

3° Les abcès endopelviens se présentent comme des phlegmons de la loge ischio-rectale car, presque toujours, l'attention n'est attirée sur eux que lorsqu'ils s'infectent. Ils s'accompagnent alors de douleur périnéale et de troubles de la défécation avec ténésme et dischésie.

Lorsque le séquestre s'est constitué, on peut le voir s'éliminer en plusieurs fois, par les fistules, sous forme de petits débris osseux. Dans un cas, on le rencontra près de la peau repoussé par les fongosités. L'élimination d'un séquestre marque dans certains cas (observation I) la fin de la suppuration et la guérison définitive.

Formes Anatomico-Cliniques

Si nous analysons avec soin les 23 observations que nous avons recueillies, nous nous apercevons que la tuberculose de l'Ischion ne se présente pas sous une forme unique et qu'un seul symptôme reste constant : c'est la douleur localisée à la pression de l'Ischion. Les autres symptômes, soit objectifs (tuméfaction, fistule) soit subjectifs et fonctionnels (limitation des mouvements, claudication, névralgies) sont variables. Ils nous paraissent dûs à la localisation topographique de l'abcès. En somme, on peut décrire chez ces malades des formes qui sont surtout topographiques et nous proposons d'en considérer trois.

1° Une forme postérieure fessière, la plus fréquente, qu'on pourrait appeler la forme pseudo-coxalgique par excellence. On constate d'abord des symptômes locaux sous forme d'une tuméfaction de la fesse et tous les signes d'un abcès fessier et sous-fessier ; mais, nous retrouvons aussi là, à première vue, tous les signes fonctionnels d'une coxalgie : limitation de tous les mouvements de la hanche — de la flexion surtout — claudication. Il existe aussi de l'atrophie des muscles de la cuisse. Un seul fait est très différent : la pression de la tête fémorale n'est pas douloureuse. D'autre part, en y regardant de près, la limitation des mouvements est peut-être moins absolue surtout quand on arrive à obtenir du malade une résolution musculaire qu'on n'obtient pas dans la coxalgie. Enfin, cette forme ana-

tomo-clinique est caractérisée électivement par des névralgies particulières qui signent bien la localisation postérieure de l'abcès et qui permettent même de la diagnostiquer alors qu'il n'est pas extériorisé. Ce sont des douleurs dans le domaine du grand et du petit sciatiques, douleurs dans la fesse, douleurs qui irradient en haut et en dedans vers le sacrum et la région coccygienne et douleurs à type sciatique pur avec toutes les variétés que comporte cette névralgie (obs. 3, 5, 17).

Toutefois, nous avons relevé des observations où l'évolution de l'abcès postérieur ne s'accompagne d'aucun signe fonctionnel ni douloureux, les signes locaux d'abcès ou de fistule donnant toute la symptomatologie. C'est dans deux cas à évolution postérieure (obs. 14, 15) que nous avons noté une propagation à l'articulation de la hanche, mais on ne peut pas en déduire que la localisation de l'abcès ait déterminé cette complication, car celle-ci se fait habituellement par la voie de propagation osseuse de proche en proche et non pas par l'intermédiaire de l'abcès. A cette forme, à évolution postérieure et fessière, il faut rattacher des cas semblables à celui de Billroth où un abcès passé par la fesse avait fusé tout le long de la face postérieure de la cuisse et occupé le creux poplité.

2° Il faut individualiser aussi une forme à évolution crurale antéro-interne. Dans ce cas, l'abcès fuse vers la racine de la cuisse et s'y manifeste sous forme d'une tuméfaction qui, nous a-t-il semblé, s'infecte rapidement (obs. 3) et se fistulise. Il nous

a paru que ces abcès cruraux avaient une évolution plus courte que les abcès fessiers. Ils deviennent beaucoup moins gros, s'infectent plus vite. Ils s'ouvrent rapidement en une fistule qu'on trouve toujours au même endroit, unique ou multiple, à une dizaine de centimètres du pli périnéal, à la face interne de la cuisse, en arrière du grand adducteur. Dans deux de nos trois observations personnelles, le diagnostic de tuberculose de l'ischion put être posé sur le vu de ces fistules. Par contre, la symptomatologie fonctionnelle est plus discrète. On ne peut pas parler de syndrome coxalgique chez ces malades, pas de boiterie, pas de limitation de tous les mouvements. Seule, l'abduction est limitée. En outre, l'abduction, passive et forcée, est douloureuse.

Ce même mouvement, dans un cas, provoque l'issue de pus par la fistule (obs. 3) ; cette issue de pus était particulièrement augmentée par la pression de la face interne de l'ischion au cours du toucher rectal.

Nous n'avons pas trouvé décrites de névralgies du nerf obturateur comme on aurait pu s'y attendre.

3° Il faut isoler enfin une troisième forme topographique : c'est la forme endopelvienne ou périnéale. Dans nos deux formes précédentes, l'évolution de l'abcès se faisait à la face externe de l'ischion ; dans celle-ci, elle se fait à la face endopelvienne et l'abcès occupe la fosse ischio-rectale. La tuberculose de l'ischion, dans ce cas, se présente

comme un abcès froid ischio-rectal et une tuméfaction peu douloureuse de la région. Le diagnostic pourra cependant en être fait, du fait que le point exquis de la douleur se retrouve sur la tubérosité ischiatique par le palper externe périnéal et à la face interne de l'ischion par le toucher rectal (obs. 16). Ces abcès ne restent pas longtemps localisés à la fosse ischio-rectale. Dans une observation de GANT, un prolongement postérieur du volume d'un œuf de poule saillait à la partie postérieure et supérieure de la cuisse et un prolongement antérieur pénétrait dans le bulbe en direction de l'urètre. Lorsque ces prolongements existent, ils sont la cause de névralgies atypiques ; le malade de GANT souffrait de névralgie sciatique due vraisemblablement au décollement postérieur.

On peut observer chez ces malades (obs. 4) des troubles de la défécation, du ténesme, des épreintes. Ici aussi, l'abcès s'infecte particulièrement vite. L'infection secondaire de ces abcès peut être grave.

Diagnostic positif

Le diagnostic clinique de tuberculose de l'ischion est relativement facile si on y pense. La mise en évidence d'un point douloureux localisé est un excellent symptôme. L'exploration de la fistule au stylet, amenant sur un os sec et nécrosé, affirmera le diagnostic.

Toutefois, il ne faudra pas omettre de pratiquer un toucher rectal. On pourra ainsi percevoir un empâtement œdémateux autour de l'ischion. La pression provoque une douleur et parfois, quand existe une fistule, fait sourdre une gouttelette de pus. On ne négligera pas, bien entendu, au cours du toucher rectal, de s'assurer de l'intégrité du sacrum et de l'articulation sacro-iliaque.

LANCE a pu, dans certains cas, percevoir la fluctuation d'un abcès profond, par le toucher rectal combiné au palper de la fesse. Le même auteur, dans le même but, préconise aussi la palpation bimanuelle, en prenant la précaution de placer les doigts perpendiculairement à la direction des fibres du grand fessier.

Tous ces symptômes n'entraînent pas toujours la conviction. Aussi, l'examen doit-il être complété par de bonnes radiographies de face et de profil. Celles-ci doivent porter sur les deux ischions, ce qui permet de comparer le côté sain et le côté malade. On vient de proposer, tout dernièrement d'utiliser un film intra-rectal pour obtenir de bonnes

radiographies de la pointe du sacrum et du coccyx. Il serait intéressant peut-être d'utiliser cette méthode pour radiographier l'ischion, mais avec une incidence modifiée, étant donné que la partie inférieure de l'ischion est au-dessous de l'anus.

La tuberculose de l'ischion se traduit radiologiquement par une image claire de décalcification, à limites plus ou moins précises. Mais ce ne sont pas toujours des images de destruction ; au début, la radiographie montre des images de condensation osseuse, d'aspect ouaté, sans images de destruction véritable. Ultérieurement, on observe des aspects de caverne, des images de séquestre ; parfois même, sans qu'il y ait fistulisation, des images de prolifération périostique. Enfin, il peut exister des formes particulières, comme dans notre observation personnelle n° 3, où nous avons détaché de l'os un gros séquestre constitué par la partie inférieure de la tubérosité ischiatique. L'image radiologique, cependant, ne montrait pas grand chose dans ce sens. Peut-être parce que le séquestre n'était pas modifié dans sa constitution, il restait encastré dans l'os spongieux voisin ; aucun sillon ne séparait l'un de l'autre. On comprend dès lors que l'aspect de la continuité osseuse ait persisté normal ; il en différait seulement par une opacité moins accusée de l'image.

Dans certains cas, quand un premier examen n'a pas été probant et que les symptômes cliniques anormaux persistent, il est indispensable de prendre des radiographies successives, à des intervalles réguliers, tous les trois, quatre ou six mois.

L'injection de lipiodol dans un abcès ou dans une fistule éloignée peut donner un renseignement intéressant, en montrant que le lipiodol s'étend jusqu'à l'ischion. Mais, lorsqu'on injecte un abcès ou une fistule voisins de l'ischion, dans le but de déterminer la localisation exacte de l'ostéite qui en a été la cause, les résultats sont décevants : le lipiodol, en effet, s'étend en taches multiples, recouvrant l'ischion, mais atteignant aussi d'autres profils osseux, si bien que le renseignement obtenu manque de précision et de clarté. Dans ce cas, peut-être la stéréo-radiographie serait-elle intéressante à pratiquer.

Il faut enfin affirmer le diagnostic de tuberculose par un examen général bien conduit, une radiographie et une radioscopie des poumons, une étude attentive des antécédents du malade. Il faut aussi et surtout rechercher le bacille de Koch dans le pus prélevé par ponction ou s'écoulant par la fistule. On en fera l'examen bactériologique après homogénéisation et même après ensemencement sur les milieux appropriés. Dans le pus secondairement infecté, l'inoculation au cobaye est le procédé de choix.

Chez l'enfant, la cuti-réaction conserve une grande valeur : il est rare chez lui qu'une affection non tuberculeuse s'accompagne d'une cuti-réaction positive.

Diagnostic différentiel

C'est surtout avec la *coxalgie* que le problème de diagnostic différentiel se pose. Principalement, lorsque la tuberculose de l'ischion affecte une évolution fessière. La limitation des mouvements de la hanche, la claudication, les abcès postérieurs, tous ces symptômes font d'abord penser à la coxalgie. Il existe cependant de bons signes qui permettent la différenciation :

Dans la tuberculose de l'ischion, la pression de la tête fémorale, à travers le triangle de Scarpa ou à travers la fesse, reste indolore. C'est, par contre, la palpation de l'ischion qui réveille une douleur exquise. En outre, la contracture des muscles périarticulaires n'est pas aussi totale que dans la coxalgie. C'est davantage une défense, de sorte que le malade étant couché, les mouvements passifs deviennent possibles. Le fait que la flexion de la cuisse jambe étendue et l'abduction restent limitées et douloureuses doit faire penser à la localisation sur l'ischion. Enfin, l'atrophie musculaire de la cuisse est plus importante dans la coxalgie ; les ganglions iliaques externes y sont plus constants.

Le diagnostic avec la sacro-coxalgie peut être également difficile par l'existence de signes communs : les abcès fessiers de l'un et de l'autre peuvent se ressembler car les abcès de la sacro-coxalgie ne sont pas toujours allongés verticalement comme on le disait autrefois. Ils s'infilrent souvent dans la

gaine du fessier, simulant ainsi ceux de la tuberculose de l'ischion. La boiterie salutante de la sacro-coxalgie peut rappeler celle que nous avons décrite plus haut, mais à une analyse plus précise, elle se différencie en ceci que la flexion de la hanche reste plus constante, alors que pour la tuberculose de l'ischion elle est provoquée surtout par une flexion du genou. C'est surtout la douleur à la pression de l'articulation sacro-iliaque, par voie postérieure ou par toucher rectal, qui emporte le diagnostic, car les signes radiologiques au début peuvent rester longtemps frustes.

Les autres tuberculoses extra-articulaires de l'os coxal ne sont non plus pas très fréquentes :

La tuberculose de l'ilion, lorsqu'elle est périarticulaire, avec abcès postérieur, peut en être différenciée par une gêne plus grande des mouvements de la hanche, mais surtout par la radiographie. Le diagnostic est plus facile quand la crête iliaque est atteinte ; une tuméfaction localisée, une douleur exquise ne permettent pas l'erreur.

La tuberculose du pubis est plus difficile à différencier de celle de l'ischion. Elle peut, du reste, lui être associée. La proximité de ces deux lésions confère à celles-ci des signes communs, telle la contracture des adducteurs, la difficulté de l'abduction, le siège crural interne des abcès. Le diagnostic peut être posé par la notion d'un point douloureux pubien et par les images radiographiques.

Une trochantérite tuberculeuse peut aussi être confondue avec une tuberculose ischiatique, par le

syndrome paracoxalgique qu'elle engendre et par ses abcès également postérieurs, en simulant un abcès ischiatique fessier venu au trochanter par la gaine du grand fessier. Mais l'abcès de la trochanterite peut être plus externe, plus superficiel et plus étalé. Ici comme dans les affections précédentes, c'est la douleur exquise au point atteint — le trochanter — qui permet le diagnostic.

Enfin, l'hygroma tuberculeux de la fesse, et des bourses séreuses interposées entre le grand ou le moyen fessiers et l'obturateur interne, engendre de vastes abcès froids qui peuvent entourer en arrière le carré crural et l'ischion. Le diagnostic en est difficile, il se fait par élimination de signes cliniques (défaut de contracture) et de signes radiographiques osseux.

Le mal de Pott peut faire des abcès postérieurs, au niveau de la fesse et dans le bassin ; ils peuvent simuler ceux de la tuberculose de l'ischion. Il s'agit alors de tuberculose de la cinquième lombaire et dans ce cas, on retrouve une douleur précise à la pression de l'apophyse épineuse de cette vertèbre et une raideur constante de la base du rachis. Les névralgies à type sciatique avec signes radiculaires sont aussi un bon symptôme. Enfin, la radiographie, simple ou aidée de lipiodol, lève les doutes.

Une autre affection, non tuberculeuse, doit être éliminée lorsque la maladie a eu un début aigu, rapide ou fébrile, c'est l'ostéo-myélite aiguë de l'ischion. Ce problème s'est posé à nous dans notre observation n° 3, où la malade se présentait avec

un abcès chaud de la racine de la cuisse. Dans ce cas, l'intervention aboutit à l'extraction d'un très gros séquestre sec et le diagnostic étiologique serait resté douteux si cette malade, retrouvée un an plus tard, n'avait présenté à ce moment une tuberculose pulmonaire bien caractérisée, avec des cavernes.

Ce diagnostic d'ostéomyélite aiguë pourrait cependant être éliminé par l'absence d'état infectieux grave, par une évolution moins douloureuse, par des signes radiographiques différents, l'ostéomyélite s'accompagnant vite d'une réaction périostique massive et de séquestres beaucoup plus compacts. Bien avant ce stade, du reste, la présence de staphylocoques dans le pus aurait levé toute hésitation.

Enfin, l'ostéite syphilitique de l'ischion est extrêmement rare. L'aspect radiographique, dans ce cas, est celui d'une hyperostose diffuse, massive, ou de géodes multiples d'ostéite scléro-gommeuse. Comme toujours, dans la syphilis osseuse, le diagnostic en sera fait par l'existence d'autres ostéites multiples, symétriques, à évolution froide coupée de poussées aiguës, douloureuses, surtout la nuit.

Il faut penser aussi à une affection rare, récemment étudiée : l'ostéo-chondrite ischio-pubienne. On la soupçonnera lorsqu'on rencontre chez un enfant de 5 à 7 ans un syndrome paracoxalgique avec boiterie, mais là on ne rencontrera jamais ni tuméfaction localisée ni production d'abcès. Le diagnostic est fait par la radiographie qui montre une image pathognomonique : une bulle transparente, arron-

die, sur la branche ischio-pubienne. L'évolution vers la guérison spontanée pourrait éventuellement permettre de revenir sur un diagnostic erroné de tuberculose.

Traitement

Contre-Indications et Indications.

En principe, la tuberculose de l'ischion doit être opérée. Le traitement est celui de toutes les tuberculoses osseuses extra-articulaires. Il comporte la suppression de la lésion osseuse par évidement ou résection. Ce traitement, avec des variantes imposées par les complications, sera appliqué, à moins que le malade ne présente une contre-indication d'ordre général tenant surtout ou à une tuberculose évolutive pulmonaire ou viscérale ou à des lésions tuberculeuses multiples. Lorsque de telles lésions existent, la tuberculose ischiatique passe au second plan et il est naturellement indiqué de parer d'abord au plus grave ou au plus pressé. Dans ce cas, un traitement d'attente est institué vis-à-vis de cette lésion ischiatique : c'est un traitement symptomatique qui consiste avant tout en décubitus dorsal afin de mettre au repos les multiples muscles qui rayonnent autour de la tubérosité ischiatique ; ce seront des ponctions des abcès qui pointent à la fesse, à la racine de la cuisse, au périnée, avec une technique différente chaque fois, mais toujours de façon que la ponction soit faite au point proclive suivie ou non d'injections modificatrices (éther iodoformé, lipiodol, eau chaude). Le lipiodol nous a paru donner des résultats satisfaisants. En cas de fistule, pansements aseptiques, désinfection, mise à plat.

Si, par contre, la tuberculose de l'Ischion est chez un malade l'unique localisation, ou la plus importante, les autres étant peu nombreuses et minimales ; si des lésions pulmonaires ne sont pas en activité, si le malade n'est pas un bacillémique, ni un fébricitant, la chirurgie aura toute liberté pour appliquer d'emblée le traitement de choix, le malade ayant été préparé, bien entendu — comme avant toute intervention pour tuberculose : mise au repos, bonne alimentation, soleil ; en un mot, opérer à froid et dans une période d'engraissement plutôt que d'amaigrissement.

Les indications sont différentes suivant que la lésion est fistulisée ou non. La présence d'un abcès non fistulisé ne change rien à la conduite thérapeutique finale.

1° Cependant, si un abcès fait saillie à la fesse ou à la racine de la cuisse et surtout s'il est volumineux, nous préférons faire précéder l'intervention et ce, pendant la période de préparation médicale, de ponctions évacuatrices et assécher autant que possible les collections. Toutefois, si l'abcès se reproduisait trop facilement et que la fistulisation menace, il faudrait savoir au contraire décider au plus tôt l'intervention curatrice, qui supprimera le foyer osseux.

2° L'abcès est fistulisé et l'infection est bénigne ou grave. Dans le premier cas, la fistule est simple, le foyer tuberculeux donne issue à un pus en général assez abondant, mais la région fistuleuse est peu modifiée et la température est normale ou

peu élevée. L'état général est bon, il faut alors pratiquer pendant quelques jours ou quelques semaines une désinfection de l'orifice et du trajet fistuleux par des pansements aseptiques et des injections dans le trajet, sous pression, de lipiodol, de pâte bismuthée ou de solution de Dakin. La fistule se tarit ou ne se tarit pas : dans l'un ou l'autre cas, elle n'empêchera pas l'intervention, comme dans la première éventualité.

Au contraire, le foyer peut être gravement infecté par des fistules multiples, s'ouvrant dans des clapiers sous-cutanés, décollés plus ou moins loin, remontant sous les téguments de la fesse, pouvant fuser jusque dans la région périnéale, fusant sous le grand fessier, comblant la région ischio-rectale ou bien encore, à la racine de la cuisse, fusant entre le grand abducteur et les muscles ischio-jambiers. Chez ces malades à température élevée, hectique, à mauvais état général, il faut d'abord lutter contre l'infection secondaire et la rétention de ces clapiers : dans ce but, les débrider, mettre à plat et drainer, les irriguer. C'est seulement lorsque, par un premier temps opératoire on aura obtenu la cessation de l'infection secondaire et que la température sera redevenue normale, que le problème sera ramené à celui qui précède et que l'on pourra évider le foyer osseux.

Les méthodes.

On a déjà remarqué à la lecture des observations, que le diagnostic n'avait été porté que lorsqu'une

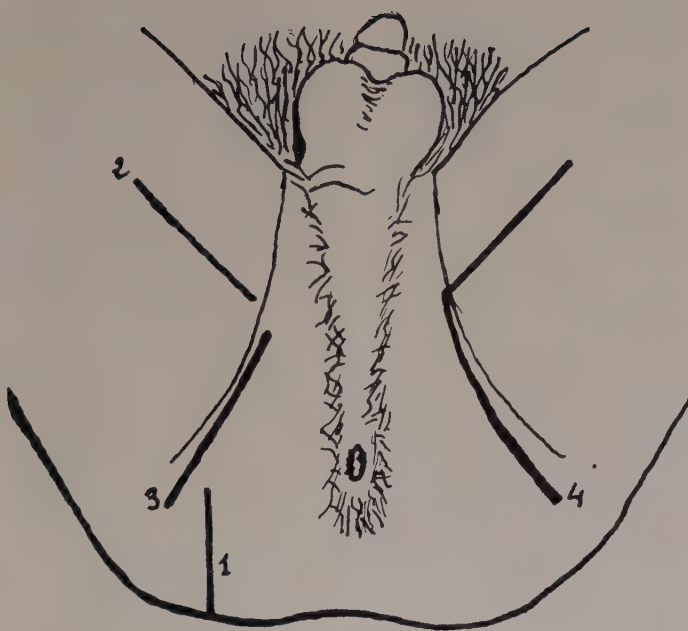
fistule faisait son apparition. Ce n'est donc jamais de propos délibéré que des incisions ont été faites pour une découverte voulue de l'Ischion. La plupart des auteurs ont ouvert ou agrandi une fistule par voie postérieure le plus souvent et ont atteint par là, non sans difficulté, l'ischion ou un séquestre.

Cependant, BLANKOFF publie, en 1927, une observation où le diagnostic radiologique ayant été porté (après constatation d'une fistule crurale), MAFFEI intervint délibérément par voie fessière. Il fit une incision postérieure médiane, juste en dedans du sciatique, au niveau du grand fessier, dilacéra légèrement les tissus compris entre le biceps et le demi-tendineux, curetta la tubérosité ischiatique et put extraire un séquestre non sans peine.

MAC WORTHER préconise pour la résection de l'ischion la voie d'abord crurale interne. Il fait une incision à la face interne de la racine de la cuisse le long du troisième adducteur.

Dans nos trois observations personnelles, la voie d'accès choisie fut celle du pli génito-crural.

Dans le premier cas (cas non fistulisé), une incision fut faite dans ce pli, d'avant en arrière, découvrant la branche ischio-pubienne et la tubérosité ischiatique. Cette voie, qui *a priori*, avait semblé la plus courte pour atteindre l'ischion, n'a pas donné satisfaction à l'opérateur. La tubérosité ischiatique restait bridée et profonde et au cours de la dénudation de cette tubérosité, le sciatique apparut dans le fond de la plaie sans être lésé heureusement. En somme, cette incision se montra insuffi-



1. Incision de MAFFEI.

2. Incision de MAC WORTHER.

3. Incision de notre observation I (LAGROT).

4. Incision de nos observations II et III (id.).

sante, nécessitant des manœuvres aveugles dans la profondeur.

Aussi, dans l'intervention suivante cette incision fut-elle combinée à l'incision de MAC WORTHER, c'est-à-dire que l'incision devint une incision en équerre : la malade étant dans la position gynécologique, une première branche de 10 centimètres est tracée le long et en arrière du grand adducteur à son insertion ischio-pubienne. Cette incision arrivée au pli génito-crural se recourbe en angle droit et suit ce pli sur 8 centimètres. A ce moment, les insertions des muscles ischio-jambiers sont découvertes, la tubérosité également. On achève de la dénuder à la rugine, un temps spécial étant réservé à la bandelette fibreuse d'insertion de ces muscles. On aperçoit très nettement toute la tubérosité ischiatique. On peut libérer ses deux faces, à la demande des lésions, et aussi ce qu'il faut de branche ischio-pubienne. Le sciatique n'est pas aperçu dans cette découverte. Le paquet vasculo-nerveux honteux interne, dans le canal d'Alcock n'est pas découvert non plus si on a pris soin de ruginer au plus près la face interne, en ne quittant pas le contact osseux.

Cette technique a donné satisfaction et fut reprise dans la troisième observation personnelle. Telle est la voie d'accès que nous préconisons quelle que soit la localisation de l'abcès.

La conduite à tenir vis-à-vis de la lésion osseuse est simple : les séquestres sont extirpés, pas toujours facilement car ils sont, la plupart du temps,

intimement encastrés dans le corps de l'os. Un curettage de la caverne est facile à réaliser. Il faut prendre garde de ne pas le pousser trop loin, la limite entre l'os sain et l'os malade pouvant être délicate à apprécier. Notons, cependant, que dans nos trois observations la condensation de l'os sain parut être très différente de la friabilité de l'os infiltré.

La cavité osseuse restante doit être étalée le plus possible afin que les parties molles la comblient facilement. Il faut tout suturer quand il n'y a pas de fistule ; il est plus prudent, au contraire, de laisser ouvert dès qu'il y a eu la moindre infection fistuleuse. Les soins post-opératoires sont ceux de toute tuberculose extra-articulaire. Dans nos cas, les plaies ont été exposées au soleil et aux rayons U.V., en même temps qu'un traitement médical général fut institué.

Evolution, Complications
et pronostic

L'évolution spontanée de la tuberculose de l'ischion est longue. Abandonnée à elle-même, l'infection aboutit vite à une fistule qui dure indéfiniment. Dans une observation, l'évolution d'une tuberculose ischiatique non traitée dura six ans.

Il est intéressant de noter que, malgré cette longue évolution, les complications de cette affection ne sont ni nombreuses, ni toujours graves. La complication la plus habituelle est l'infection du trajet de la fistule, le plus souvent bénigne : la température ne s'élève pas sensiblement, mais, par poussées, des périodes inflammatoires plus aiguës viennent aggraver le tableau. C'est surtout sous forme d'infection de clapiers sous-cutanés que cette complication apparaît et, dans plusieurs observations que nous rapportons, c'est l'apparition d'un abcès chaud à la face interne de la cuisse ou à la fesse, qui a nécessité pour la première fois l'appel du médecin.

Un de ces abcès chauds mérite une mention particulière, c'est celui qui est dû à l'infection secondaire d'une ostéite à forme endopelvienne. Dans un tel cas, le malade se présente avec un phlegmon ischio-rectal à symptomatologie banale et, dans notre observation n° 1, cet abcès fut traité comme tel et incisé largement. C'est l'intervention qui amena sur un ischion dénudé.

L'élimination des séquestres ne s'accompagne pas,

habituellement, de complications proprement dites. Ces sequestres s'éliminent, la plupart du temps par petits fragments, peu à peu, quelquefois au cours d'une poussée inflammatoire aiguë.

La complication la plus redoutable, mais rare heureusement, est la propagation à l'articulation de la hanche. Dans notre série d'observations, nous en avons relevé 2 cas (observations 14 et 15). C'est une complication exceptionnellement grave, puisqu'elle peut être suivie de mort. La gravité, en effet, bien que la propagation se fasse dans la continuité de l'os, et par irruption cotyloïdienne, semble due à ce que, dans ces cas, il y avait des abcès et des décollements multiples autour des 2 foyers et qu'il semblait s'agir d'une infection tuberculeuse particulièrement virulente. Dans un cas, en outre, la suppuration était fétide (observation 14).

L'intervention modifie très nettement l'évolution, en diminuant les possibilités de complication. En moyenne, les opérés guérissent de 1 mois à 2 ans après l'intervention. Cependant, la récurrence est possible malgré l'acte chirurgical : dans un cas, il fallut réintervenir trois ans après la première opération ; dans un autre cas, un malade dut subir trois interventions.

Certaines complications post-opératoires sont notées : par exemple, dans un cas de ROSE, un phlegmon prévésical suivit l'intervention.

En général, le pronostic de la tuberculose de l'ischion est bon parmi les autres localisations osseuses de la tuberculose. Il est particulièrement bon

chez l'enfant ; chez l'adulte, il devient grave chaque fois que d'autres tuberculoses, viscérales ou osseuses, existent chez le même malade. Mais il faut souligner que la tuberculose de l'ischion est presque toujours une atteinte tuberculeuse isolée, car c'est là ce qui fait la relative bénignité de son pronostic. C'est ainsi que parmi les 23 cas que nous rapportons, 6 fois seulement la lésion ischiatique s'accompagnait d'autres localisations tuberculeuses qui sont les suivantes :

Tuberculose pulmonaire : un cas (observation n° 3).

Ostéite tuberculeuse de l'extrémité inférieure des deux tibias : un cas (observation n° 11).

Adénite cervicale tuberculeuse : un cas (observation n° 13).

Coxalgie : 2 cas (observations 14 et 15).

Ostéite tuberculeuse du pubis : un cas (observation n° 20).

Un seul cas de mort est à signaler (observation n° 14) : il s'agissait là d'une tuberculose ischiatique d'évolution ancienne, compliquée de coxalgie et de suppuration fétide.

Le pronostic est considérablement amélioré par l'intervention chirurgicale qui permet, dans certains cas, des guérisons complètes en un à deux mois (observations 9, 12, 16 et 21) lorsqu'on opère après fistulisation, et une réunion *per primam* lorsque l'intervention est faite avant fistulisation (observation n° 13).

Conclusions

1° La tuberculose de l'ischion est rare.

2° Elle se développe par ordre de fréquence au niveau de la tubérosité ischiatique, puis de la branche ascendante et descendante de l'ischion. Elle est habituellement localisée à une portion de l'os, sans en envahir la totalité et il semble que, suivant la localisation primitive de la tuberculose sur l'ischion, le siège des abcès froids et des fistules qui en sont la conséquence soit nettement différent.

Une ostéite tuberculeuse de la face interne de l'ischion se manifeste par une suppuration de la fosse ischio-rectale.

Une lésion siégeant sur la face externe de la branche ischio-pubienne s'accompagne d'un abcès de la région crurale interne.

Enfin, la tuberculose de l'ischion, lorsqu'elle est localisée à la partie postérieure de la tubérosité ischiatique, en arrière du muscle carré crural, aboutit à la formation d'une suppuration fessière.

3° La lésion consiste soit en une caverne creusée aux dépens de l'os, soit en séquestre, fragment osseux en général volumineux. C'est la présence de ce séquestre qui entretient une suppuration indéfinie et qui fait que la maladie n'a pas tendance à guérir spontanément.

4° L'existence d'abcès est constante, ceux-ci fusent soit ;

- a) Vers la fosse ischio-rectale.
- b) Soit vers la fesse et le pli sous-fessier.
- c) Soit vers la face interne de la cuisse.

Ils s'accompagnent de symptômes variables, fonctionnels, ou subjectifs, que nous avons pu classer en trois formes anatomo-cliniques.

Et, nous l'avons déjà dit, la topographie de ces abcès semble directement subordonnée à la localisation de la tuberculose sur une partie de l'ischion. C'est là une notion importante que nous pensons avoir pu mettre en évidence. Des injections de plâtre sur un sujet formolé, au cours d'un essai expérimental, nous ont, en effet, permis de reproduire la marche du plus fréquent de ces abcès.

Nous y insistons, en outre, car ces derniers constituent, avec les fistules dont ils sont l'origine, la manifestation principale de la maladie.

5° La tuberculose de l'ischion a un début insidieux, marqué habituellement par de la douleur et de la claudication. Elle se révèle avant tout par l'apparition d'un abcès froid qui ne tarde pas à se fistuliser. Cliniquement, la symptomatologie est souvent celle d'un syndrome paracoxalgique.

6° Le diagnostic est différent, avant ou après fistulisation.

Dans le premier cas, éventualité la plus rare, la localisation de l'abcès, la limitation des mouvements d'abduction et de flexion de la cuisse, la constatation d'un point douloureux ischiatique à la

pression externe et au toucher rectal, permettent de penser à la tuberculose de l'ischion. La radiographie est indispensable pour confirmer ce diagnostic.

Dans le deuxième cas, aux éléments de diagnostic précédents viennent s'ajouter d'autres moyens d'investigation :

L'exploration de la fistule au stylet permet de remonter à l'origine de la suppuration, ce que permet aussi, parfois, la radiographie après injection de lipiodol dans le trajet fistuleux.

Enfin, l'examen bactériologique du pus montre parfois la présence de bacilles de Koch, ce qui permet d'éliminer l'ostéomyélite chronique et l'ostéite syphilitique qui peuvent être de diagnostic difficile.

7° Le traitement consiste avant tout dans l'intervention sanglante : curettage du foyer, ablation du séquestre, et même résection sous-périostée s'il y a lieu, après incision en ligne brisée telle que nous l'avons décrite.

Il faut signaler, en dernier lieu, les bons effets du traitement adjuvant médical et héliothérapique avant et après intervention.

Bibliographie

— A —

- ABRAHAM O. WILENSKRI (New-York). — Abscès chronique des os. (In *The American Journal of Surgery*, New Series, Vol. V, N° 5, Nov. 1928, pp. 455-459.)
- ANDRIEU. — Les ostéites juxta-articulaires. XI^e Réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie. (*Revue d'Orthopédie* 1929, pp. 521-674.)

— B —

- BAILLI R. — L'Architectura radiografica dello scheletro umano. (Casa Edit. Cav. Uff. V. Orlandini, Modena, 1925.)
- BESSET. — Thèse Paris, 1916. Contribution à l'étude de la Tuberculose du Pubis.
- BLANKOFF. — Ostéite tuberculeuse primitive de la tubérosité de l'ischion. (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, octobre 1927.)
- BCECKEL. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1879.
- BONNEL. — Thèse Paris, 1901. Contribution à l'étude de la tuberculose juxta-articulaire.
- BONNEFOUS. — Des ostéites tuberculeuses métaphysaires chez l'enfant, Thèse, Toulouse, 1925.
- BONNET. — Maladies des articulations, t. II, p. 384.
- BROCA. — Chirurgie infantile, p. 481.
- BROCA & MERY. — Tuberculose chirurgicale.

— C —

- CALANDRA. — XVI^e Congr. Ital. ortop., Venezia, 1925.
- CHAUVEAU MARCELLE. — Thèse Paris, 1922. Contribution à l'étude des Ostéites tuberculeuses juxtacoxales, d'après 20 observations recueillies à l'hôpital maritime de Berck.

- CHIARIELLO A.G. — L'ostéochondrite ischio-pubica. (*Ann. ital. de Chirurgie*, 1934.)
- CŒUILLEZ A. — Etude clinique sur quelques localisations de la tuberculose osseuse. (Thèse, Paris, 1908.)

— D —

- DAINELLI M. — Su di un caso di osteocondite della branca ischiopubica. (*Ann. Fasc.* 5, 1924.)
- DAVIDSON W. — Radiological appearances and clinical significance of osteochondrites ischiopubi. (*Acta Paediatrica*, II, 1930.)
- DELITALA. — Cong. reg. orthop. Radiol. Venete Emilano, 1922.
- DEMOTTE A. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'ischion. (Thèse de Montpellier, 1919.)
- DUBOIS. — Contribution à l'étude du trou ischio-pubien et des formations fibreuses qui l'obturent. (Thèse Bordeaux, 1928-29.)

— E —

- ENGELMANN. — Inflammatory disease of ischiopubic. Synchondrosis in children. (*Arch. f. orthop. Unfall. chir.*, 1933, pp. 256-259.)

— F —

- FALEUR. — Contribution à l'étude de la tuberculose osseuse juxta-articulaire, Thèse, Paris, 1903.)
- FEVRIER. — Ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne de l'ischion et du pubis. (*Archives de Médecine et de Pharmacie Milit.*, 1885.)
- FORT. — Cas remarquables de carie des os du bassin. (*Gazette des Hôpitaux*, 1885.)

FOUILLOUX-BUYAT. — Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires. (*Revue d'orthopédie*, mars 1924.)

— G —

GANT. — Tuberculose de l'ischion. (In *Lancet*, 1899, p. 465.)

GANGOLPHE. — Arthrites tuberculeuses.

GIRALDES. — Maladies chirurgicales des enfants, p. 780.

GOLAY. — Abscess douloureux des os. (Thèse, Paris, 1879.)

GOUILLIQUET. — Des ostéites du bassin. (Thèse, Paris, 1883.)

GUYOT (J.-MARIE). — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses paragonales. (Thèse, Paris, 1923.)

— H —

HADJIGEORGIU. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses du bassin. (Thèse, Paris, 1927.)

HAMBURGER UND ERLACER. — Caries ossium non tuberculosa. (In *Wien. Klin. Wschr.*, 1921, H. 21.)

HEYFELDER. — Traité des résections.

HIRSCH A. — Ueber osteochondrites ischiopubica. (*Kinderarztl Praxis*, 4, 458-461, octobre 1933.)

HORAND & MARTIN. — Hygroma tuberculeux ischiatique. (*R. d'orthopédie*, 1911, p. 109.)

— I —

INGBER E. — Sopra alcuni aspetti dell'osteite tuberculare delle branche ischio-pubiche. Criteri di diagnostica clinica e radiologica. (*Quaderni radiolog.* 5, 3-19, 1934.)

— J —

JOACHINOVITZ R. — Ueber die differential diagnose der Schambein tuberkulose beim Weibe. (*Deutsch. Z. Chirurg.*, bd 219, S. 259, 1929.)

— K —

KOHLER. — Grenzen des normalen und Anfange des Pathologischen in Röntgenbilde.

— L —

LANCE. — Tuberculose juxta-coxale chez l'enfant. (*Revue d'orthopédie*, 1901, pp. 283, 379, 441.)

LEJARS. — Leçons cliniques, pp. 164 et 175.

LERICHE & R. BAUER. — Les ostéites diaphysaires corticales subaiguës à staphylocoques de l'adulte. (*Rev. d'orthop. et de chirurg. de l'appareil moteur*, sept. 1929.)

LOMBARD P. — Le traitement des tuberculoses osteoarticulaires et ganglionnaires en Afrique du Nord. (*Algérie Médicale*.)

— M —

MAISONNET. — Nouveau traité de pathologie chirurgicale, tome V, p. 784.

MANFREDI. — Considerazioni su alcuni casi di osteocondrite ischio-pubica. (*Arch. di ortop.* 49, 781-787, septembre 30, 1933.)

MACHLEOD & P. LEWIN. — Avulsion of epiphysio of tuberosity of ischium. (*Journal A., M.A.* May 11, 1929.)

MAC WHORTER G.L. — Osteomyelitis of ischium and pubis.. Trew operative technique and study of surgical anatomy. *Surg. gynecol. Obst.* 49 : pp. 205-212. Aug. 1929.)

- MAUCLAIRE. — Des différentes formes d'osteoarthrites tuberculeuses. (Thèse, Paris, 1893.)
- MAZZONI. — Carie de la tubérosité droite de l'ischion. (*Clinici-Chirurgica, Roma*, 1888.)
- MENARD. — Tuberculose juxta-articulaire. (*Revue d'orthopédie*, 1895.)
- MEZZARI. — Carie secca del pube e della branca ischio-pubica. (Com. Congres XVIII, Soc. Italia. Orthop. Bologna, Ottobre 1927.)
- MILCH. — Surgery — partial resection — operative procedure. (In J. Bone and Joint Surgery, n° 17, pp. 166-171, January, 1935.)
- MOCQUOT P. — Foyers multiples d'osteomyélite chez l'adulte. (*Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie*, 1926, p. 371.)
- MULLER E. — Quoted by BUCHMANN : J. Surgery. Gynecology and Obstetric, 1928, vol. XLIX, pp. 447-453.)

— N —

- NELATON. — Société d'Anatomie, 1885.)
- NIVLET RENÉ. — Tuberculose de l'Ischion. (Thèse, Nancy, 1930.)

— O —

- ODELBERG. — Acta chirurgica Scand., 1924, II, pp. 415-424.
- OLLIER. — Traité des résections et opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux.
- OTTOLENGHI. — Osteomyelites of ischio-pubic ramus. (*Rev. orthopedia y traumatolo*, 3, pp. 325-330. Janvier 1934.)

— P —

- PAWELL. — Un cas de nécrose de l'ischion. (*Post graduate*, New-York, 1902, pp. 89-93.)

- POIRIER. — Traité d'Anatomie Humaine, tome II, p. 325.
POZZI. — Des fistules de l'espace pelvi rectal supérieur.
(Thèse, Paris, 1873.)

— R —

- REBAUDI F. — Tuberculosi del Bacino. (*Arch. Méd. e Chirurg.*, vol. 2, p. 91, avril 1933.)
RÆDERER. — Orthopédie et tuberculoses chirurgicales, p. 114.
ROSE W. — Necrosis of the left ischion tuberosity. (*British Med. Journal, London*, 1881, t. II, p. 743.)
ROUVIERE H. & C.R. MARTIN. — Amas tendineux ou fibreux pré-pubien. (*Ann. d'Anatomie pathologique*, Juillet 1932.)

— S —

- SOPHRONIEFF. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses du bassin. (Thèse, Montpellier, 1898.)
SORREL & SORREL DEJERINE. — Tuberculose ostéo-articulaire.

— T —

- TESTUT. — Anatomie Humaine, tome I, p. 316.
TESTUT & JACOB. — Anatomie topographique, tome II, pp. 869-876.
TESTUT & LATARJET. — Anatomie descriptive, tome I, pp. 368-1.129.
TERRILLON. — Des ostéites du bassin. (Dans la *Semaine Médicale de Paris*, 1884.)

— V —

- VALTANCOLI. — La tuberculosi del bacino. (Dans la *Chir. degli org. di movium*, vol. V, 1921, vol. IX, f. 3 1925.)

VELPEAU. — Médecine opératoire, t. II, p. 581.

VIGNARD. — Traité de chirurgie. Les Arthrites tuberculeuses, p. 451.

— W —

WALTHER. — Article : Ostéites du bassin dans Duplay et Reclus, tome VII, p. 38.)

WISARD. — Etude sur les caries extra-articulaires des os du bassin. (Thèse, Genève, 1886.)

WULFING M. — Ischio-pubic Osteochondrites. (*Deut. Zeit. f. Chirurg.*, 1926. December, p. 413.)

— Y —

YOVANOVITCH. — Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires. (Thèse, Lyon, 1922.)

— Z —

ZAFFRAGNINI A. — L'osteomyelite acuta del pube. (Dans la *Chirurg. degli org. di mov.*, A. 13, vol. XIII, p. 333.)

ZELLMAYER. — Contribution à l'étude de la Tuberculose de l'ischion et de la branche ischio-pubienne. (Thèse Bordeaux, 1908-1909.)

— Etude clinique de la tuberculose de l'ischion. (*Revue internationale de la tuberculose*, Paris 1909, pp. 101-104.)

Vu :

Le Doyen,

LEBLANC.

Vu et Approuvé :

Le Président de thèse,

LOMBARD.

Vu et Permis d'Imprimer,

Alger, le 22 Juin 1936.

Le Recteur,

G. HARDY.

Conclusions

1° La tuberculose de l'ischion est rare.

2° Elle se développe par ordre de fréquence au niveau de la tubérosité ischiatique, puis de la branche ascendante et descendante de l'ischion. Elle est habituellement localisée à une portion de l'os, sans en envahir la totalité et il semble que, suivant la localisation primitive de la tuberculose sur l'ischion, le siège des abcès froids et des fistules qui en sont la conséquence soit nettement différent.

Une ostéite tuberculeuse de la face interne de l'ischion se manifeste par une suppuration de la fosse ischio-rectale.

Une lésion siégeant sur la face externe de la branche ischio-pubienne s'accompagne d'un abcès de la région crurale interne.

Enfin, la tuberculose de l'ischion, lorsqu'elle est localisée à la partie postérieure de la tubérosité ischiatique, en arrière du muscle carré crural, aboutit à la formation d'une suppuration fessière.

3° La lésion consiste soit en une caverne creusée aux dépens de l'os, soit en séquestre, fragment osseux en général volumineux. C'est la présence de ce séquestre qui entretient une suppuration indéfinie et qui fait que la maladie n'a pas tendance à guérir spontanément.

4° L'existence d'abcès est constante, ceux-ci fusent soit ;

- a) Vers la fosse ischio-rectale.
- b). Soit vers la fesse et le pli sous-fessier.
- c) Soit vers la face interne de la cuisse.

Ils s'accompagnent de symptômes variables, fonctionnels, ou subjectifs, que nous avons pu classer en trois formes anatomo-cliniques.

Et, nous l'avons déjà dit, la topographie de ces abcès semble directement subordonnée à la localisation de la tuberculose sur une partie de l'ischion. C'est là une notion importante que nous pensons avoir pu mettre en évidence. Des injections de plâtre sur un sujet formolé, au cours d'un essai expérimental, nous ont, en effet, permis de reproduire la marche du plus fréquent de ces abcès.

Nous y insistons, en outre, car ces derniers constituent, avec les fistules dont ils sont l'origine, la manifestation principale de la maladie.

5° La tuberculose de l'ischion a un début insidieux, marqué habituellement par de la douleur et de la claudication. Elle se révèle avant tout par l'apparition d'un abcès froid qui ne tarde pas à se fistuliser. Cliniquement, la symptomatologie est souvent celle d'un syndrome paracoxalgique.

6° Le diagnostic est différent, avant ou après fistulisation.

Dans le premier cas, éventualité la plus rare, la localisation de l'abcès, la limitation des mouvements d'abduction et de flexion de la cuisse, la constatation d'un point douloureux ischiatique à la

pression externe et au toucher rectal, permettent de penser à la tuberculose de l'ischion. La radiographie est indispensable pour confirmer ce diagnostic.

Dans le deuxième cas, aux éléments de diagnostic précédents viennent s'ajouter d'autres moyens d'investigation :

L'exploration de la fistule au stylet permet de remonter à l'origine de la suppuration, ce que permet aussi, parfois, la radiographie après injection de lipiodol dans le trajet fistuleux.

Enfin, l'examen bactériologique du pus montre parfois la présence de bacilles de Koch, ce qui permet d'éliminer l'ostéomyélite chronique et l'ostéite syphilitique qui peuvent être de diagnostic difficile.

7° Le traitement consiste avant tout dans l'intervention sanglante : curettage du foyer, ablation du séquestre, et même résection sous-périostée s'il y a lieu, après incision en ligne brisée telle que nous l'avons décrite.

Il faut signaler, en dernier lieu, les bons effets du traitement adjuvant médical et héliothérapique avant et après intervention.

Bibliographie

— A —

- ABRAHAM O. WILENSKRI (New-York). — Abscès chronique des os. (In *The American Journal of Surgery*, New Series, Vol. V, N° 5, Nov. 1928, pp. 455-459.)
- ANDRIEU. — Les ostéites juxta-articulaires. XI^e Réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie. (*Revue d'Orthopédie* 1929, pp. 521-674.)

— B —

- BAILLI R. — L'Architettura radiografica dello scheletro umano. (Casa Edit. Cav. Uff. V. Orlandini, Modena, 1925.)
- BESSET. — Thèse Paris, 1916. Contribution à l'étude de la Tuberculose du Pubis.
- BLANKOFF. — Ostéite tuberculeuse primitive de la tubérosité de l'ischion. (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, octobre 1927.)
- BÖCKEL. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1879.
- BONNEL. — Thèse Paris, 1901. Contribution à l'étude de la tuberculose juxta-articulaire.
- BONNEFOUS. — Des ostéites tuberculeuses métaphysaires chez l'enfant. Thèse, Toulouse, 1925.
- BONNET. — Maladies des articulations, t. II, p. 384.
- BROCA. — Chirurgie infantile, p. 481.
- BROCA & MERY. — Tuberculose chirurgicale.

— C —

- CALANDRA. — XVI^e Congr. Ital. ortop., Venezia, 1925.
- CHAUVEAU MARCELLE. — Thèse Paris, 1922. Contribution à l'étude des Ostéites tuberculeuses juxtacoxales, d'après 20 observations recueillies à l'hôpital maritime de Berck.

CHIARIELLO A.G. — L'ostéochondrite ischio-pubica. (*Ann. ital. de Chirurgie*, 1934.)

CŒUILLEZ A. — Etude clinique sur quelques localisations de la tuberculose osseuse. (Thèse, Paris, 1908.)

— D —

DAINELLI M. — Su di un caso di osteocondite della branca ischiopubica. (*Ann. Fasc.*, 5, 1924.)

DAVIDSON W. — Radiological appearances and clinical significance of osteochondrites ischiopubi. (*Acta Pædiatrica*, II, 1930.)

DELITALA. — Cong. reg. orthop. Radiol. Venete Emilano, 1922.

DEMOTTE A. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'ischion. (Thèse de Montpellier, 1919.)

DUBOIS. — Contribution à l'étude du trou ischio-pubien et des formations fibreuses qui l'obturent. (Thèse Bordeaux, 1928-29.)

— E —

ENGELMANN. — Inflammatory disease of ischiopubic. Synchondrosis in children. (*Arch. f. orthop. Unfall. chir.*, 1933, pp. 256-259.)

— F —

FALEUR. — Contribution à l'étude de la tuberculose osseuse juxta-articulaire, Thèse, Paris, 1903.)

FEVRIER. — Ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne de l'ischion et du pubis. (*Archives de Médecine et de Pharmacie Milit.*, 1885.)

FORT. — Cas remarquables de carie des os du bassin. (*Gazette des Hôpitaux*, 1885.)

FOUILLOUX-BUYAT. — Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires. (*Revue d'orthopédie*, mars 1924.)

— G —

GANT. — Tuberculose de l'ischion. (In *Lancet*, 1899, p. 465.)

GANGOLPHE. — Arthrites tuberculeuses.

GIRALDES. — Maladies chirurgicales des enfants, p. 780.

GOLAY. — Abscesses douloureux des os. (Thèse, Paris, 1879.)

GOUILLIoud. — Des ostéites du bassin. (Thèse, Paris, 1883.)

GUYOT (J.-MARIE). — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses paragonales. (Thèse, Paris, 1923.)

— H —

HADJIGEORGIOU. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses du bassin. (Thèse, Paris, 1927.)

HAMBURGER UND ERLACER. — Caries ossium non tuberculosa. (In *Wien. Klin. Wschr.*, 1921, H. 21.)

HEYFELDER. — Traité des résections.

HIRSCH A. — Ueber osteochondrites ischiopubica. (*Kinderarztl Praxis*, 4, 458-461, octobre 1933.)

HORAND & MARTIN. — Hygroma tuberculeux ischiatique. (*R. d'orthopédie*, 1911, p. 109.)

— I —

INGBER E. — Sopra alcuni aspetti dell'osteite tuberculare delle branche ischio-pubiche. Criteri di diagnostica clinica e radiologica. (*Quaderni radiolog.* 5, 3-19, 1934.)

— J —

JOACHINOVITZ R. — Ueber die differential diagnose der Schambein tuberkulose beim Weibe. (*Deutsch. Z. Chirurg.*, bd 219, S. 259, 1929.)

— K —

KOHLER. — Grenzen des normalen und Anfange des Pathologischen in Röntgenbilde.

— L —

LANCE. — Tuberculose juxta-coxale chez l'enfant. (*Revue d'orthopédie*, 1901, pp. 283, 379, 441.)

LEJARS. — Leçons cliniques, pp. 164 et 175.

LERICHE & R. BAUER. — Les ostéites diaphysaires corticales subaiguës à staphylocoques de l'adulte. (*Rev. d'orthop. et de chirurg. de l'appareil moteur*, sept. 1929.)

LOMBARD P. — Le traitement des tuberculoses osteoarticulaires et ganglionnaires en Afrique du Nord. (*Algérie Médicale*.)

— M —

MAISONNET. — Nouveau traité de pathologie chirurgicale, tome V, p. 784.

MANFREDI. — Considerazioni su alcuni casi di osteocondrite ischio-pubica. (*Arch. di ortop.* 49, 781-787, septembre 30, 1933.)

MACHLEOD & P. LEWIN. — Avulsion of epiphysio of tuberosity of ischium. (*Journal A., M.A.* May 11, 1929.)

MAC WHORTER G.L. — Osteomyelitis of ischium and pubis.. Trew operative technique and study of surgical anatomy. *Surg. gynecol. Obst.* 49 : pp. 205-212. Aug. 1929.)

MAUCLAIRE. — Des différentes formes d'osteoarthrites tuberculeuses. (Thèse, Paris, 1893.)

MAZZONI. — Carie de la tubérosité droite de l'ischion. (*Clinici-Chirurgica, Roma*, 1888.)

MENARD. — Tuberculose juxta-articulaire. (*Revue d'orthopédie*, 1895.)

MEZZARI. — Carie secca del pube e della branca ischio-pubica. (Com. Congres XVIII, Soc. Italia. Orthop. Bologna, Ottobre 1927.)

MILCH. — Surgery — partial resection — operative procedure. (In J. Bone and Joint Surgery, n° 17, pp. 166-171, January, 1935.)

MOCQUOT P. — Foyers multiples d'osteomyélite chez l'adulte. (*Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie*, 1926, p. 371.)

MULLER E. — Quoted by BUCHMANN : J. Surgery. Gynecology and Obstetric, 1928, vol. XLIX, pp. 447-453.)

— N —

NELATON. — Société d'Anatomie, 1885.)

NIVLET RENÉ. — Tuberculose de l'ischion. (Thèse, Nancy, 1930.)

— O —

OELBERG. — Acta chirurgica Scand., 1924, II, pp. 415-424.

OLLIER. — Traité des résections et opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux.

OTTOLENGHI. — Osteomyelites of ischio-pubic ramus. (*Rev. orthopedia y traumatolo*, 3, pp. 325-330. Janvier 1934.)

— P —

PAWELL. — Un cas de nécrose de l'ischion. (*Post graduate*, New-York, 1902, pp. 89-93.)

- POIRIER. — Traité d'Anatomie Humaine, tome II, p. 325.
POZZI. — Des fistules de l'espace pelvi rectal supérieur.
(Thèse, Paris, 1873.)

— R —

- REBAUDI F. — Tuberculosi del Bacino. (*Arch. Méd. e Chirurg.*, vol. 2, p. 91, avril 1933.)
RÆDERER. — Orthopédie et tuberculoses chirurgicales, p. 114.
ROSE W. — Necrosis of the left ischion tuberosity. (*British Med. Journal, London*, 1881, t. II, p. 743.)
ROUVIERE H. & C.R. MARTIN. — Amas tendineux ou fibreux pré-pubien. (*Ann. d'Anatomie pathologique*, Juillet 1932.)

— S —

- SOPHRONIEFF. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses du bassin. (Thèse, Montpellier, 1898.)
SORREL & SORREL DEJERINE. — Tuberculose ostéo-articulaire.

— T —

- TESTUT. — Anatomie Humaine, tome I, p. 316.
TESTUT & JACOB. — Anatomie topographique, tome II, pp. 869-876.
TESTUT & LATARJET. — Anatomie descriptive, tome I, pp. 368-1.129.
TERRILLON. — Des ostéites du bassin. (Dans la *Semaine Médicale de Paris*, 1884.)

— V —

- VALTANCOLI. — La tuberculosi del bacino. (Dans la *Chir. degli org. di movium.*, vol. V, 1921, vol. IX, f. 3 1925.)

VELPEAU. — Médecine opératoire, t. II, p. 581.

VIGNARD. — Traité de chirurgie. Les Arthrites tuberculeuses, p. 451.

— W —

WALTHER. — Article : Ostéites du bassin dans Duplay et Reclus, tome VII, p. 38.)

WISARD. — Etude sur les caries extra-articulaires des os du bassin. (Thèse, Genève, 1886.)

WULFING M. — Ischio-pubic Osteochondrites. (*Deut. Zeit. f. Chirurg.*, 1926. December, p. 413.)

— Y —

YOVANOVITCH. — Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires. (Thèse, Lyon, 1922.)

— Z —

ZAFFRAGNINI A. — L'osteomyélite acuta del pube. (Dans la *Chirurg. degli org. di mov.*, A. 13, vol. XIII, p. 333.)

ZELLMAYER. — Contribution à l'étude de la Tuberculose de l'ischion et de la branche ischio-pubienne. (Thèse Bordeaux, 1908-1909.)

— Etude clinique de la tuberculose de l'ischion. (*Revue internationale de la tuberculose*, Paris 1909, pp. 101-104.)

Vu :

Le Doyen,
LEBLANC.

Vu et Approuvé :

Le Président de thèse,
LOMBARD.

Vu et Permis d'Imprimer.

Alger, le 22 Juin 1936.

Le Recteur,

G. HARDY.

